

ANNEE 1970  
  

**THESE**

N<sup>o</sup>  
  

1049

POUR LE

**DOCTORAT EN MEDECINE**

(Diplôme d'Etat)

P A R

Guy DOUFFET

Né le 20 avril 1943 à PARIS IXe

*PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE : . . . . .*

**"A PROPOS DE DIX OBSERVATIONS CLINIQUES,  
DIAGNOSTIC DES TUMEURS DE L'HYPOCONDRE GAUCHE"**

Président : M. CERBONNET, Professeur



Digitized by the Internet Archive  
in 2026

[https://archive.org/details/IA41549902\\_0011](https://archive.org/details/IA41549902_0011)

ANNEE 1970

# THESE

N<sup>o</sup>

POUR LE

# DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

P A R

**Guy DOUFFET**

Né le 20 avril 1943 à PARIS IXe

*PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE : . . . . .*

**"A PROPOS DE DIX OBSERVATIONS CLINIQUES,  
DIAGNOSTIC DES TUMEURS DE L'HYPOCONDRE GAUCHE"**

Président : M. CERBONNET, Professeur



A ma Mère,

à la mémoire de laquelle je dédis cette thèse.

A mon Père,

mon ami.

A ma famille et belle-famille.

A mon ami Jean-Michel en témoignage de mon amitié fidèle.

Au Docteur Guy DELBARRE

Médecin Généraliste de Lille

pour que l'exercice de la Médecine reste libéral.



A ma Femme,

avec tout mon amour.



A Monsieur le Professeur CERBONNET,

qui m'a fait l'honneur d'accepter  
la présidence de cette thèse.

Hommages respectueux.



Au Docteur A. RACT

Médecin-chef de service de l'Hôpital International  
de l'Université de Paris.

Qui nous a suggéré le sujet de cette  
thèse, d'après ses constatations  
personnelles et qui nous a conseillé  
dans sa réalisation.

En témoignage de la reconnaissance  
que nous lui devons.

Qu'il trouve ici l'expression de notre  
respectueuse et sincère amitié.



Au Docteur DUBOIS

Chirurgien en Chef de l'Hôpital International  
de l'Université de Paris.

Qui nous a guidé de ses conseils  
précieux.

Qu'il en soit remercié.

Au Docteur MARTIN

Qui nous a fourni avec tant de  
compréhension les documents  
relatifs à la partie anatomo-  
pathologique de ce travail.

Au Docteur REMY

Médecin Chef du service de Radiologie de  
l'Hôpital International de l'Université  
de Paris.

Aux Docteurs CAPDEVILLE et RODIER, ses assistants

Qui m'ont par leurs conseils  
permis de réaliser la partie  
Radiologique de cette thèse.



Au Docteur R. LACOURBE

Directeur de l'Hôpital International  
de l'Université de Paris.

Qui nous a fait l'honneur de nous  
accepter dans son établissement.

En témoignage de notre profonde  
reconnaissance et de notre  
admiration.

Au Docteur ABIVEN

Médecin Chef de l'Hôpital International  
de l'Université de Paris.

Au Docteur M.C. LAIGRE

Médecin-assistante de l'Hôpital  
International de l'Université de Paris

Qu'ils soient tous deux remerciés  
de leurs précieux conseils.

Aux Internes de l'Hôpital International de l'Université de Paris.



## I N T R O D U C T I O N

Les différentes observations qui vont être présentées ont comme point commun d'avoir toutes un rapport anatomique avec l'hypocondre gauche. Que ce soient, une douleur, la perception à la palpation d'une masse abdominale, ou la découverte radiologique d'une tumeur qui orientent les recherches cliniques vers cette région.

Région dont les nombreux viscères et organes la composant rendent le diagnostic topographique et étiologique très difficile, sauf dans certains cas précis comme celui des cancers de l'angle colique gauche, au cours duquel le lavement baryté permet assez facilement d'en faire le diagnostic. C'est pourquoi nous nous sommes efforcés de présenter des observations cliniques originales, soit par leur rareté relative, soit par les difficultés qu'elles ont présenté quant au diagnostic clinique.

A travers ces différentes observations, nous avons essayé de comprendre le mécanisme de pensée qui a présidé à l'élaboration du diagnostic, de discuter les raisons pour lesquelles dans plusieurs observations aucun diagnostic ne peut être fait, malgré les multiples examens complémentaires employés, d'entrevoir la valeur à attacher aux différentes techniques radiologiques.

Nous serons aussi amenés, avec le recul du diagnostic fait, à rechercher si certains symptômes nous retenus dans un premier temps n'auraient pas pu orienter le diagnostic avec plus de précision.

Enfin dans la conclusion finale, nous verrons s'il est possible de retirer de ce travail une méthode permettant une démarche diagnostique aussi rigoureuse et rapide que possible, afin d'accélérer le diagnostic pré-opératoire et par là même de soulager plus rapidement le malade.



Nous nous proposons donc de suivre le plan suivant :

sera d'abord exposé l'histoire clinique de chaque malade;  
ensuite suivra une discussion permettant de faire le point sur l'observation présentée.  
Des clichés radiologiques seront présentés; cependant devant le grand nombre de  
documents iconographiques que représentaient ces observations, nous nous sommes  
limités aux plus représentatifs en décrivant par écrit les autres.  
Enfin, sera présentée une bibliographie en rapport avec les différentes observations.

oOo



P R E M I E R E   O B S E R V A T I O N

---

- Abscès du lobe gauche du foie  
chez un homme de 43 ans.



Monsieur Maurice COR..., 43 ans, entre à l'H.I.U.P. dans le service du Docteur RACT le 3 janvier 1967.

Ce malade présente une intoxication éthylique évidente et a eu une GASTRECTOMIE de type FINSTERER en 1958 pour une perforation d'ulcère duodénal découvert en 1955 et traité sans succès médicalement pendant 3 ans.

D'autre part, Monsieur COR... se plaint depuis bientôt 3 ans de douleurs en barre épigastriques, survenant par crise de 3 à 4 jours, sans périodicité évidente, sans cause déclenchante, à prédominance nocturne, s'accompagnant de gaz et d'éruclation avec des selles postcritiques normales calmées facilement par les antispasmodiques.

Parallèlement en avril 1966, ce malade aurait eu un exanthème de type érythémato-squameux, regressif, sur les lobules des oreilles. Puis, en août de la même année un exanthème de même type apparaît sur le visage, autour du nez.

Enfin, on note depuis quelques semaines un amaigrissement de 5 Kgs, une asthénie physique, psychique et une impuissance sexuelle.

À l'examen clinique à l'entrée dans le service, on est en présence d'un malade à l'état général altéré, fébrile à 38°5, dont le pouls est en rapport avec la fièvre.

La T.A. est à 14/7.

L'inspection permet de constater que sur le visage existe un exanthème de type érythémato-squameux siégeant sur le nez, le cuir chevelu, apparu parallèlement à l'altération récente de l'état général.

À l'examen de l'abdomen, on remarque une voussure de l'hypocondre gauche débordant à droite vers l'épigastre.

La percussion note une matité de 6 à 8 cm de diamètre dans cette région.

La palpation montre un léger empâtement avec tuméfaction non mobile à la respiration, à bord inférieur et externe arrondi, indolore. On ne palpe ni foie, ni rate (dont la surface percutable est de dimension normale). Il n'y a pas d'ascite, pas de circulation collatérale.



Le reste de l'examen clinique est normal. Les examens complémentaires sont les suivants :

- Hématies 2 300 000/mm<sup>3</sup>
- Hématocrite 22 %
- Leucocytes 17 400 avec :
  - 71 % de polynucléaires neutrophiles
  - et
  - 15 % de polynucléaires éosinophiles
- la vitesse de sédimentation à la 1<sup>e</sup> heure est à 145.
- la glycémie à 1.21 g<sup>0</sup>/oo et il existe une glycasurie
- l'examen du fond d'oeil montre des artères brillantes avec quelques signes de croisement. De gros exsudats floconneux des deux yeux. (Rappelons que la T.A. est à 14/7).

- Les amylasémies sont à 32 puis 64 U W.

- Les anylasuries sont à 1024 et 1024 U.W.

- Il existe une hématurie microscopique. Une radiographie de l'abdomen sans préparation montre quelques calcifications au niveau de l'aire pancréatique.

Un traitement antibiotique par 10 M de PENI et 6 M de COLI par jour est entrepris parallèlement à du ZYMOFREN (3 ampoules par jour) et des transfusions sanguines.

- Le fer sérique est à 16 Gamma %.

La ponction sternale normale dans sa formule montre des granulations toxiques dans de nombreux myélocytes.

Une recherche de sang dans les selles se révèle positive.

Afin de rechercher un lupus érythémateux disséminé, on demande une recherche de cellules de HARGRAVE, qui est négative, une recherche d'anticorps anti-DNA qui est négative également.

Deux biopsies sont faites :

- l'une au niveau du Grand Droit de l'abdomen, qui se révèle normale,
- l'autre au niveau d'un élément cutané du visage, (rétro-auriculaire gauche) qui est compatible avec la possibilité d'un Lupus érythémateux.



L'électrophorèse des protides est la suivante :

|            |       |      |
|------------|-------|------|
| - Albumine | ....  | 42 % |
| - ALPHA I  | ..... | 13 % |
| - ALPHA 2  | ..... | 12 % |
| - BETA     | ..... | 17 % |
| - GAMMA    | ..... | 16 % |

Le malade est alors transféré en chirurgie où une artériographie sélective de la mésentérique supérieure est faite le 21.1.67

Celle-ci montre une vascularisation de type inflammatoire sur le bord droit de l'aorte sous la coupole. Il existe un refoulement des artères Jéjunales vers le bas ainsi que de l'artère Colique gauche. La grosse tubérosité n'est pas refoulée. Le refoulement des anses grêles évoque, plus une masse sous hépatique qu'hépatique. L'artériographie cadrerait assez bien avec le diagnostic de kyste du pancréas, ce qui semble le plus probable devant la clinique.

Monsieur COR... est opéré le 15.2.67 par le Docteur DUBOIS.

On a la surprise de trouver une volumineuse tuméfaction inflammatoire du lobe gauche du foie avec adhérence à la coupole diaphragmatique, de la taille d'un poing.

Le liquide de ponction a un aspect purulent, de teinte brune. A l'exploration, on trouve deux cavités, la seconde de la taille d'une balle de ping-pong.

La région au niveau de l'angle colique gauche est assez inflammatoire.

La rate n'est pas vue, le pancréas palpé est sain.

La vésicule biliaire est normale; l'étage sous-mésocolique est libre.

L'examen anatomopathologique est le suivant :

- Coque d'abcès chronique fortement scléreuse et encore gramulomateuse sans caractères permettant d'évoquer une étiologie précise.

(En particulier pas d'aspect de kyste hydatique vivace).

Le liquide prélevé dans la cavité est stérile.

Les suites opératoires sont simples. A la sortie du service de chirurgie, un traitement par la Nivaquine est prescrit par le Dermatologue. Celui-ci fera totalement disparaître les lésions du visage. Le malade sort le 10 mars 1967.



Monsieur COR... sera réhospitalisé une première fois en novembre 1967 où il sera opéré le 29.11.67 d'une colectomie transverse segmentaire avec anastomose colocolique terminoterminal pour une fistule granulomateuse colique qui semblerait s'être développée sur un hématome. (On ne note ni signe d'inflammation spécifique, ni signe de malignité).

Enfin, nouvelle hospitalisation en avril 1969 pour des troubles de la mémoire, des faits récents probablement en rapport avec son intoxication éthylique.

Trois recherches de cellules de Hargraves seront négatives; la recherche d'anticorps anti DNA aussi.

Une électrophorèse des protéides est faite, elle montre :

|                  |      |
|------------------|------|
| - Albumine ..... | 66 % |
| - ALPHA I .....  | 3 %  |
| - ALPHA II ..... | 13 % |
| - BETA .....     | 10 % |
| - GAMMA .....    | 8 %  |

Depuis, le malade n'a pas été revu.



## DISCUSSION

Il s'agit donc d'un homme de 43 ans, éthylique, ulcéreux (ayant perforé son ulcère) gastrectomisé, présentant des troubles digestifs avec altération de l'état général, troubles caractérisés par des douleurs en barre, une tuméfaction palpable dans l'H.G. et accompagnés de fièvre. Ceci parallèlement à une poussée éruptive au niveau du visage.

Les examens complémentaires montrent une hyperleucocytose, une éosinophilie élevée, une anémie de type hyposidérémiques, une vitesse de sédimentation accélérée. Il existe des signes biologiques d'atteinte pancratique, une atteinte rénale avec hématurie. La glycémie est augmentée et le fond d'oeil est anormal.

Le premier diagnostic évoqué est celui d'une atteinte pancréatique, confirmée par les examens complémentaires, chez un éthylique ayant perforé son ulcère et pouvant faire une pancréatite chronique évoluant à bas bruit compliquée d'un kyste infecté. (On explique ainsi la fièvre, l'hyperleucocytose, la VS accélérée, l'éosinophilie et l'hyperglycémie).

On pouvait dès lors passer le malade en chirurgie pour être opéré, craignant une complication péritonéale. Mais plusieurs problèmes restaient à résoudre :

- d'abord celui des lésions cutanées, lesquelles peuvent se rencontrer :

1) au cours des pancréatites aiguës, elles ont alors les caractères suivants : au niveau du visage, on peut noter une cyanose lilas ainsi qu'au niveau des extrémités; Il existerait parfois des taches ecchymotiques ombilicales (signe de GREY TURNER). Mais il n'a pas été possibles de retrouver dans la littérature la description de lésions identiques à celles observées;

2) au cours des staphylococcies, mais elles n'en avaient pas les caractères ici;

3) au cours d'un lupus érythémateux chronique ou disséminé; le lupus érythémateux disséminé est rare chez l'homme, les complications en sont rarement pancréatiques, enfin la recherche de cellules de Hargrave et d'anticorps anti DNA est négative. Si c'est un lupus érythémateux, il est donc chronique, ce diagnostic sera confirmé par le Dermatologue; en outre, il disparaîtra sous l'effet d'un traitement par le Nivaquine.



- ensuite celui des anomalies du fond d'oeil :

1) l'hyperglycémie observée semble n'être qu'un symptôme de l'atteinte pancréatique et non pas la traduction clinique d'un diabète évoluant depuis plusieurs années. Elle ne peut donc expliquer les lésions du FO.

2) l'hypertension artérielle ne peut être retenue comme étiologie, car le malade n'a pas dans ses antécédents de syndrome hypertensif. Sa TA moyenne semble avoir toujours oscillée autour de 14/15 de maxima.

3) reste la collagénose : en faveur d'une péri-artérite-noueuse deux arguments : l'éosinophilie et l'âge encore jeune, contre cette étiologie :

- la biopsie musculaire normale
- l'absence de douleurs musculaires
- aucune atteinte nerveuse.

En définitive, on peut se poser la question de savoir si ces lésions de F.O. peuvent rentrer dans le cadre d'une toxémie enzymatique pancréatique. Elles resteront donc inexpliquées en l'absence de description connue dans la littérature.

EN RESUME, on se trouve devant un malade ayant un lupus érythémateux chronique apparu parallèlement à une poussée de pancréatite.

Ainsi ce malade sera confié au chirurgien avec le diagnostic de kyste du pancréas; l'artériographie étant faite dans le but de préciser la topographie et la technique opératoire du chirurgien. Celle-ci n'a pas apporté de précisions supplémentaires à la clinique.

La découverte d'un abcès du lobe gauche du foie sera la conclusion assez inattendue de cette observation (le liquide de ponction prélevé dans l'abcès au cours de l'intervention se révélera stérile, étant donné les fortes doses d'antibiotiques administrées au malade. La recherche de bacille de Koch en culture sera négative).

#### EN CONCLUSION

Abcès du lobe gauche du foie, associé à une pancréatite et à un lupus érythémateux chronique. (Notons ici l'échec sur le plan diagnostique et topographique des examens radiographiques dont l'artériographie).



DEUXIEME OBSERVATION

---

- Hépatome du lobe gauche du foie  
chez une femme de 22 ans.



Mademoiselle Chantal BO... , née le 18.8.45, étudiante, est hospitalisée le 22.1.67 à l'H.I.U.P. dans le service du Docteur ABIVEN pour un bilan clinique général.

Cette jeune malade présentait depuis 1960 le tableau pathologique suivant :

1) des épisodes d'arthrite localisée aux deux genoux en 1960-61 et 1963 associés à une V.S. accélérée (cf. tableau). Elle fut traitée par pénicilline au cours d'une de ces poussées.

2) à partir de décembre 1965 est apparue une aménorrhée brutale suivie d'un amaigrissement de 10 kgs entre février et avril 1966. Il faut noter que la malade suivait d'elle-même un régime amaigrissant.

3) en mai 1966 découverte au cours d'un cliché radiographique systématique du thorax, d'une opacité linéaire sus-diaphragmatique gauche avec ascension de la coupole correspondante.

4) en octobre 1966, à la suite d'un syndrome abdominal douloureux de la fosse iliaque droite, la malade est opérée de l'appendicite à Beauvais. Intervention suivie 15 jours plus tard de deux syndromes douloureux thoraciques, d'abord droit puis gauche, s'accompagnant d'une altération très importante de l'état général, peu fébrile, mais avec une V.S. accélérée à 100 à la première heure. Les clichés thoraciques auraient montré un épanchement pleural bilatéral, ainsi qu'une augmentation globale de la silhouette cardiaque. L'E.C.G. aurait montré une surcharge ventriculaire droite. Devant ces signes cliniques et para-cliniques, le spécialiste qui la suivait sur le plan pulmonaire aurait posé le diagnostic de pleurésie séro-fibrineuse tuberculeuse. Un traitement anti-tuberculeux est alors entrepris. Signalons que l'I.D.R. à la tuberculine (50 unités) était négative, ainsi que la recherche de bacilles de Koch dans l'expectoration. Aux antibiotiques anti-tuberculeux est associée une corticothérapie. Au début du mois de décembre, la malade sort de l'Hôpital de Beauvais où elle était hospitalisée, apyrétique, en bon état général, avec disparition de l'épanchement pleural au cliché de contrôle de sortie.

Pendant un mois son état reste satisfaisant, mais depuis le milieu du mois de janvier 1967, (remarquons que la malade a arrêté d'elle-même les antibiotiques et les corticoïdes) est apparue une douleur de l'épaule gauche associée à un état



sub-fébrile à 38° le soir, un certain degré d'asthénie et une pâleur des téguments qui font que la malade est hospitalisée à la demande de son médecin traitant pour un bilan général.

A l'entrée de la malade l'examen clinique montre :

Une jeune fille fatiguée, pâle, pesant 50 Kgs pour 1,65 m, souffrant d'une douleur au niveau de l'articulation scapulo-humérale limitant l'élévation du bras gauche à moins de 15° au dessus de l'horizontale. On ne note aucune anomalie au niveau des appareils cardio-vasculaires, pulmonaire, génito-urinaire, neurologique et digestif.

En particulier, ni foie, ni rate palpables. Seul un ganglion auxiliaire douloureux est palpé à gauche.

Les examens complémentaires sont les suivants :

- Vitesse de sédimentation : 100 à la première heure,
- Hyper alpha 2 globulinémie à 22 % à l'électrophorèse des protides.

Durant son hospitalisation, une exploration clinique approfondie des organes hémato-lymphoïde permet de constater à la percussion, une sensation de plénitude au niveau de l'hypocondre gauche assez importante, mais non palpable même en inspiration profonde. Il n'y a pas de gros foie, Le myélogramme est normal.

On demande alors une radiographie de l'abdomen sans préparation qui confirme l'existence d'une masse au niveau de l'hypocondre gauche interprétée comme une grosse rate.

L'U.I.V. est normale.

On fait une artériographie sélective du tronc coeliaque (figure 2) le 7.2.67 dont les conclusions sont en faveur d'une origine splénique de la masse tumorale.

Mademoiselle BO... est alors transférée dans le service de chirurgie le 20.2.67 en vue d'une intervention. Celle-ci sera faite le surlendemain par le Docteur DUBOIS.

Le compte rendu opératoire rapporte qu'il s'agissait d'une très grosse tumeur prenant tout l'hypocondre gauche développé à la face inférieure du lobe gauche du foie, moulée sur la coupole diaphragmatique gauche à laquelle elle adhère de façon lâche, repoussant en bas et à gauche la rate qui est envahie à sa partie moyenne, refoulant en bas et à droite la grosse tubérosité et le corps de l'estomac qui ne sont pas envahis.



Il existe d'autre part des métastases multiples dans le lobe droit du foie.

L'exérèse palliative est entreprise en raison du jeune âge de la malade, malgré les métastases. L'origine de la tumeur est très vraisemblablement hépatique. Le reste de l'exploration abdominale ne montre pas d'atteinte coeliaque, Le péritoine semble libre ainsi que le douglas (à noter quelques ganglions dans le pédicule hépatique).

Mise en place d'un cathéter intra-portal par la veine ombilicale réimperméabilisée.

Un traitement par 5-fluoro-uracile est pratiqué les jours suivants à travers le cathéter, à la dose de 500 mg/jour pendant 21 jours.

L'examen anatomo-pathologique montre un hépatome trabéculaire assez fortement différencié avec présence de zones fonctionnelles; cet hépatome présentant tous les critères structuraux et surtout topographiques de la malignité avec présence de plusieurs foyers à distance de la masse principale.

La malade sort de l'hôpital le 6 avril 1967 avec un traitement par Endoxan et Celestene. Son état général semble satisfaisant. L'évolution clinique de la maladie se fera rapidement comme on pouvait s'y attendre.

Mademoiselle BO... est réhospitalisée en mai 1968 pour récurrence de sa tumeur avec énorme hépatomégalie palpée jusque dans la fosse iliaque droite.

A noter que la malade a interrompu d'elle-même son traitement antimitotique depuis mai 1967. Malgré la reprise du traitement par le 5 F.U. et l'Endoxan associés au Velbe, l'évolution est rapidement mortelle. La malade décédant au mois d'août 68 dans un état cachectique.



VITESSE DE SEDIMENTATION

---

| Date         | Première heure | Deuxième heure |
|--------------|----------------|----------------|
| Septembre 60 | 7              | 19             |
| 11.10.63     | 42             | 80             |
| 16.10.63     | 22             | 60             |
| 16.10.65     | 81             | 115            |
| 13.10.66     | 90             | 122            |
| 28.12.66     | 93             | 125            |
| 14.01.67     | 93             | 120            |
| 23.01.67     | 94             | 110            |



## DISCUSSION

Dans l'observation suivante, ce sont les antécédents complexes de la malade qui vont égaré dans un premier temps le diagnostic clinique.

En effet, le peu de renseignements apportés par la malade venant de Province n'a pas permis d'éclaircir d'une part les épisodes d'arthrite répétés (qui semblent avoir été considéré comme du Rhumatisme Articulaire Aigu; il faut noter que l'examen cardio-vasculaire de la malade à l'entrée était strictement normal), d'autre part l'épisode pleuro-pulmonaire d'octobre 1966 catalogué Tuberculeux et traité comme tel, pendant peu de temps, il est vrai, puisque la malade arrêtera d'elle-même son traitement en même temps d'ailleurs que la corticothérapie (sans avoir pour autant de récédive ou de complication quelconque).

Toujours est-il qu'à l'admission de Mademoiselle BO... à l'H.I.U.P. en janvier 1967, on se trouvait devant une malade jeune à l'état général très altéré, se plaignant d'une douleur au niveau de l'articulation scapulo-humérale apparue quelques jours auparavant, accompagnée de fièvre, avec une V.S. accélérée à 100 à la première heure, une hyper alpha 2 à l'électrophorèse des protides, chez laquelle on découvre lors de l'examen clinique une sensation de plénitude à la percussion de l'hypocondre gauche évoquant une grosse rate paradoxalement non palpable. Diverses investigations complémentaires vont être faites, dont le myelogramme qui sera normal et écartera une grosse rate de leucémie lymphoïde; l'U.I.V. normale écartera une tumeur de la loge rénale; une artériographie sélective du tronc coeliaque est alors faite, celle-ci sans donner l'indication précise quant à l'étiologie possible de la masse percutée dans l'hypocondre gauche égarera le diagnostic pré-opératoire en suspectant une masse tumorale splénique.

L'intervention rectifiera le diagnostic clinique en découvrant cette tumeur primitive du lobe gauche du foie déjà métastasée. L'exérèse palliative se justifiera étant donné l'âge encore jeune de la malade; il sera aussi possible de mettre en place une perfusion intra-portale de 5 fluoro-uracile qui semble avoir été bénéfique malgré l'arrêt volontaire de tout traitement spécifique quelques semaines après.

## EN CONCLUSION

Le diagnostic clinique n'aura donc pas été fait sur la seule vue de la clinique et des examens complémentaires, en particulier l'artériographie ne rendra



pas les services attendus tant sur le plan étiologique que sur le plan topographique; seule la laparotomie exploratrice complétée par l'examen anatomo-pathologique permettra le diagnostic précis. Un point qui semble intéressant est celui du cortège de troubles ayant précédé l'hospitalisation de la malade, les atteintes rhumatismales de 1960, 1961 et 1963 pourraient être dues à un RAA à rechute, mais on en a aucune preuve à postériori, il n'existe surtout aucune séquelle valvulaire sur le plan cardiaque; les deux épanchements pleuraux associés à la poussée d'insuffisance ventriculaire droite ainsi qu'à une V.S. accélérée peuvent être dus à des embolies pulmonaires à répétition post-opératoire étant donné les douleurs thoraciques ayant précédé leur découverte clinique et radiologique; la tuberculose semble difficile à faire rentrer dans un tel tableau d'autant plus que l'évolution ne confirmera pas ce diagnostic.

Enfin, reste le syndrome douloureux articulaire de l'épaule gauche du début de l'hospitalisation qui pourrait rentrer dans le cadre d'un syndrome paranéoplasique.

En résumé : volumineux hépatome développé aux dépens du lobe gauche du foie, de découverte chirurgicale, ayant été traité en per-opératoire par une perfusion intra portale de 5 fluoro-uracile et qui traité de manière discontinue dans les suites opératoires s'est accompagné d'une survie d'un an et demi.



TROISIEME OBSERVATION

---

- Iléite ulcéreuse,  
chez une femme de 68 ans.



L'histoire de la maladie débute le 7 décembre 1968; ce jour là Madame BEC... se sent fébrile, elle prend sa température rectale qui est à 38°2. Puis tandis que persiste la fièvre, qui augmente progressivement, des douleurs apparaissent, localisées à l'H.G., en cadre, à type de colique, non soulagées par les selles, lesquelles sont molles et se répètent plusieurs fois dans la journée, mais on ne note aucune selle pouvant évoquer un meloena.

Dans les antécédents de la malade, on ne retrouve qu'une alternance de diarrhées et de constipation depuis une dizaine d'années.

Le médecin traitant appelé au chevet de la malade note un abdomen météorisé ainsi qu'une matité du flanc gauche avec une douleur provoquée au niveau de l'H.G.

Un lavement baryté est fait en ville le 13 décembre, lequel montre quelques images lacunaires sur le colon gauche avec persistance du liseré de sécurité, sans aucune image de sténose.

La N.F.S. est la suivante : 4 200 000/mm<sup>3</sup> hématies, 5 400/mm<sup>3</sup> leucocytes avec 59 % de polynucléaires neutrophiles. La vitesse de sédimentation est à 20 à la première heure.

Devant la persistance du syndrome douloureux et de la fièvre, Madame BEC... est hospitalisée à l'H.I.U.P. dans le service de médecine du Docteur RACT le 27 décembre au soir.

A son arrivée dans le service, la malade est toujours fébrile, oscillant entre 39° et 39°9; elle présente des douleurs abdominales prédominant dans l'H.G., ainsi qu'une matité à ce niveau dont la palpation est douloureuse. Etant donné le météorisme abdominal important, il est difficile de percevoir un gros foie ou une grosse rate. Il n'y a pas de troubles du transit; il n'y a pas non plus de circulation collatérale, pas d'œdèmes des membres inférieurs, mais on percute des flancs mats en décubitus dorsal évoquant un épanchement ascitique. Le reste de l'examen clinique est normal. La T.A. est à 14/7 et le pouls en rapport avec la fièvre.

Le 30 décembre les résultats des examens complémentaires sont les suivants; hémocrite à 52 % traduisant une hémococoncentration, il y a 5 800/mm<sup>3</sup> leucocytes



avec 53 % de polymucléaires neutrophiles. La vitesse de sédimentation est à 1 à la première heure. L'urée sanguine est à 0,47 g/l. Les protides totaux sont à 50 g/l et le rapport sérine/globuline est à 1,17. L'électrophorèse des protides est la suivante :

- Albumine ..... 52 %
- ALPHA I ..... 6 %
- ALPHA II ..... 10 %
- BETA ..... 17 %
- GAMMA ..... 15 %

Le ionogramme sanguin montre :

- 126 mEq/l de Na
- 92 mEq/l de Cl
- 5,4 mEq/l de K

Le cholestérol total est à 1,10 g/l.

Une coproculture est faite.

Le sérodiagnostic de typhoïde est négatif.

Le 31 décembre dans la nuit, la malade présente une cyanose et un refroidissement des extrémités avec une chute tensionnelle à 10/5.

L'examen clinique permet de constater l'existence d'un syndrome occlusif constitué.

Madame BEC... est alors transférée en chirurgie dans le service du Docteur DUBOIS en vue de lever l'occlusion. Le compte rendu opératoire rapporte que l'on trouva :

- un liquide d'ascite de 4 000 cc de volume
- une occlusion colique près de l'angle colique gauche secondaire à une bride crée par la rétraction du grand épiploom envahi par un processus d'aspect néoplasique.
- une tumeur perforée du grêle qui, macroscopiquement a l'aspect d'un lymphosarcome envahissant presque tout le mésentère, remontant en haut vers l'aorte et envahissant le grand épiploom.

Le foie semble normal; il n'y a pas de métastase péritonéale, le reste du colon est normal.



On pratique une résection segmentaire ainsi qu'une anastomose termino-terminale extramucuse.

Madame BEC... ayant fait un oedème aigu du poumon à la fin de l'intervention est transférée dans le service de réanimation et mise sous Engstrom. Le lendemain, elle est en coma vigile.

Le 3 janvier 1969, elle fait un nouvel O.A.P. avec chute tensionnelle. Malgré les tentatives thérapeutiques entreprises, elle décèdera le 5 janvier 1969 au matin.

Entre-temps, le résultat de l'examen anatomo-pathologique est arrivé, lequel est assez inattendu quant à ses conclusions :

Il s'agit d'une iléite ulcéreuse nécrosante et infarctoïde segmentaire survenue sur des lésions de SPRUE probablement inflammatoire, étendue de la muqueuse du grêle.

Les lésions nécrosantes sont accompagnées par une importante infestation microbienne probablement staphylococcique.

Il est impossible de déceler la moindre trace de prolifération lymphosarcomateuse certaine. La recherche des cellules néoplasiques dans le liquide d'ascite est négative. (Le cytodiagnostics est négatif classe I).



## DISCUSSION

Voici donc une malade de 68 ans, sans aucun antécédent pathologique notables, si ce n'est quelques vagues troubles digestifs qui peuvent sembler bien banaux chez une femme de cet âge, présentant à son entrée à l'hôpital :

- un syndrome fébrile à 39°, avec altération de l'état général, associé à des douleurs à type de colique prédominant dans l'H.G. avec un épanchement d'ascite découvert à l'examen clinique.

Les examens complémentaires montrent: une hypoprotidémie, une hypocholestérolémie, un ionogramme sanguin anormal avec hyponatrémie et une élévation de la kaliémie.

On évoque d'emblée une cirrhose qui se décompenserait à l'occasion d'un épisode infectieux. (Mais il n'y a pas de troubles urinaires, de foyer de suppuration pulmonaire; cependant, des hémocultures sont faites à l'entrée avant antibiothérapie, celles-ci seront négatives). On recherche une infection digestive; (le séro-diagnostic de typhoïde sera négatif); une copro-culture est faite, mais ses résultats ne pourront pas être d'une grande utilité étant donné l'urgence chirurgicale qui prendra bientôt le pas.

En effet, au 5e jour de son hospitalisation, la malade présente un syndrome occlusif avec collapsus cardio-vasculaire. Madame BEC... est adressée au chirurgien avec le diagnostic pré-opératoire suivant :

- Il existerait une cirrhose, brusquement décompensée avec ascite et troubles métaboliques portant sur les électrolytes, le cholestérol et les protides. (Il semble que les troubles électrolytiques soient plus en rapport avec la cirrhose qu'avec l'occlusion, car une fois l'obstacle levé et malgré une rééquilibration hydro-électrolytique, ceux-ci ont continué à évoluer).

- la fièvre que l'on pensait en rapport avec une septicémie ne peut s'expliquer à la lecture des hémocultures négatives que par une cause abdominale locale.

- le collapsus peut très bien rentrer dans le cadre d'un syndrome occlusif

- enfin l'occlusion pourrait être due à une perforation d'un diverticule du grêle par exemple, la surinfection expliquant la fièvre. On éliminait à priori une cause colique, de type néoplasique, étant donné l'aspect peu évocateur du claquement baryté fait quelques jours auparavant en ville.



L'intervention permettra de confirmer :

- l'épanchement ascitique,

- l'occlusion de siège colique gauche secondaire à la prolifération granulomateuse (qui trompera son monde, en faisant croire lors de l'intervention à une étiologie néoplasique), rétractant le grand épiploon.

- et de découvrir une masse sur le grêle d'aspect tumoral ayant l'aspect d'un lymphosarcome macroscopiquement.

C'est l'examen anatomo-pathologique qui permettra d'écarter le diagnostic de cancer en :

- ne retrouvant pas de cellules néoplasiques dans le liquide d'ascite,

- en affirmant l'existence d'une sprue nécrosante perforant le grêle et provoquant la rétraction épiploïque expliquant l'occlusion secondaire du colon.

#### EN CONCLUSION

On assista donc chez cette malade à une rapide dégradation de l'état général, très évocatrice d'un processus septicémique, rapidement infirmé; l'état alarmant de la malade et l'urgence opératoire n'ont pas permis de faire des investigations radiologiques complémentaires. Le diagnostic étiologique ne sera, en fin de compte, fait que grâce à l'histologie.

Retenons donc cette manifestation clinique de la sprue non tropicale chez une femme de 68 ans, associée à une vraisemblable cirrhose (dont la preuve biologique n'a pu être faite étant donné la rapide évolution; d'autre part on ne retrouvait pas d'imprégnation éthylique évidente chez la malade et le foie semblait normal macroscopiquement à l'intervention).



Q U A T R I E M E   O B S E R V A T I O N

---

- Schwannome de l'intestin grêle  
chez une femme de 59 ans.



Madame Irma B..., 59 ans, est hospitalisée en médecine dans le service du Docteur RACT à l'H.I.U.P. en février 1969 pour syndrome subocclusif. En effet, depuis quelques jours, la malade ressentait des douleurs abdominales gauches à type de colique avec fièvre à 38° - 39°.

A l'interrogatoire, on retrouve dans les antécédents une appendicectomie pratiquée en janvier 1968, au cours de laquelle on aurait trouvé un HEMOPERITOINE d'environ 250 cc. L'exploration complète de la cavité abdominale n'aurait rien montré. D'autre part, Madame B... a une anémie connue depuis plusieurs années avec des hématocrites quelquefois inférieurs à 30 %. (L'exploration complète de la crasse sanguine effectuée au cours de l'hospitalisation ne décèlera cependant aucune anomalie).

Enfin, la malade est porteuse d'un rétrécissement mitral connu depuis sa jeunesse, séquelle d'un rhumatisme articulaire aigu.

A l'entrée un lavement fait céder le syndrome subocclusif en provoquant une diarrhée abondante, non sanglante. La malade reste fébrile.

L'examen clinique montre une paroi abdominale souple, avec au niveau de l'hypocondre gauche une masse débordant sur le flanc gauche, sensible à la palpation, semblant bien limitée, de la taille d'un poing.

Il n'y a ni splénomégalie, ni hépatomégalie; le toucher rectal et le toucher vaginal sont normaux. Les orifices herniaires sont libres. Les aires ganglionnaires sont libres.

Devant la pâleur de la malade, un hématocrite est fait en urgence : il est à 26 %.

La numération des leucocytes est à 2 000/mm<sup>3</sup> et il y a 87 % de polynucléaires neutrophiles. La malade reçoit aussitôt deux flacons de sang.

Un cliché sans préparation de l'abdomen montré :

- une tumeur visible en dedans du colon gauche.

Etant donné la fièvre, des hémocultures sont faites. Elles seront négatives.

La vitesse de sédimentation est à 55/90, le ionogramme sanguin est normal, l'urée est à 0,20 g/l, la glycémie est à 1,12 g/l et les protides à 60 g/l.

On fait alors une U.I.V. qui montre un refoulement en arrière de l'uretère gauche et du colon transverse en avant.



Un lavement baryté est fait aussitôt après, lequel montre un refoulement du colon gauche vers l'extérieur ainsi qu'un arrondissement du bord supérieur des anses sigmoïdiennes.

Le jour même de son entrée, on décide le passage en chirurgie de la malade en discutant deux diagnostics possibles :

1° - Tumeur de la loge rénale, rétro-péritonéale, nécrosée (expliquant ainsi la fièvre)

2° - ou Kyste du pancréas étant donné l'hémopéritoine découvert lors de l'appendicectomie l'année précédente, bien que la palpation ne soit pas en faveur de ce diagnostic (figure 3).

Une artériographie sélective de la mésentérique supérieure est faite le 5 février 1969 qui conclue à l'existence d'une volumineuse masse tumorale située sur le territoire de la première artère jéjunale; masse dont une grande partie paraît nécrosée et dont le reste est le siège d'une hypervascularisation dont l'intensité même ne permet pas de préjuger de la nature histologique.

L'hépatographie est homogène.

Le rein n'est pas intéressé par le processus pathologique.

Le diagnostic étiologique pré-opératoire se trouve alors modifié en faveur d'une tumeur vasculaire du mésentère pouvant être soit un lymphosarcome, soit un scannome, soit un angiome associé à un hématome.

Madame B... est opérée le 10 février 1969 par le Docteur DUBOIS. Le compte rendu opératoire est le suivant :

- Tumeur d'aspect angiomateux développée en arrière et en dehors de la première anse jéjunale et de l'angle duodéno-jéjunal. A cette tumeur adhérent :

- le grandépiploom
- les franges sigmoïdiennes
- du mésocolon sigmoïde avec au niveau des adhérences de volumineux vaisseaux.

Il existe quelques ganglions inflammatoires dans le grand épiploom qui seront enlevés ainsi que dans le méso de la première anse jéjunale. On pratique une résection intertintale passant au niveau du D4 après libération et abaissement de l'angle de TREITZ enlevant 38 cm et une anastomose termino-terminale duodéno-jéjunale. Un ganglion est envoyé en bactériologie.



La malade est transférée en réanimation pour une atélectasie segmentaire para-cardiaque gauche. Une antibiothérapie spécifique est pratiquée en fonction des résultats de l'examen bactériologique du ganglion prélevé à l'intervention. (KEFLIN car il s'agissait d'un staphylocoque pathogène).

Les suites opératoires sont simples, la malade sort 23 jours après l'opération, apyrétique, sans aucun trouble digestif, avec un hémocrite à 46 % et 6 200 leucocytes/mm<sup>3</sup> avec 71 % de polynucléaires neutrophiles.

L'examen anatomo-pathologique montrera un SCHWANNOME en partie kystique et hémorragique avec quelques caractères structuraux et histologiques qui obligent à suspecter une potentialité évolutive maligne, (en effet, il existe des cellules fusiformes agencées en faisceaux plus ou moins tourbillonnant avec quelques irrégularités nucléaires, mais pas de mitose ni de monstruosité franche).

La malade est revue en avril 1969 en bon état général ayant grossi de 2 kgs depuis son intervention.



## DISCUSSION

Chez cette malade, c'est la découverte d'une volumineuse masse abdominale qui oriente les recherches vers l'H.G. En effet, les signes fonctionnels et généraux sont peu évocateurs d'une quelconque étiologie précise.

Il existe à l'entrée une sub-occlusion qui cède sans problème au lavement. La pâleur des téguments et des muqueuses est objectivée par la NFS par une anémie avec perte globulaire des lignées rouge et blanche.

Il semble que Madame BER... soit anémiée depuis plusieurs années; en sont témoins les hématocrites faits en ville, l'hémopéritoine découvert lors de l'appendicectomie de janvier 1968 révélant une hémorragie interne.

La température élevée ne sera pas expliquée par les hémocultures répétées qui seront négatives, seule l'intervention permettra de résoudre ce problème en prélevant un ganglion infecté par du staphylocoque pathogène.

A l'examen clinique la masse semble indépendante du foie et de la rate. Des examens radiographiques vont permettre d'en étudier le siège et la nature :

- le cliché sans préparation montre une masse opaque dans la région de l'H.G.

- l'UIV montre des cavités pyélo-calicielles normales, et note un refoulement en arrière de l'uretère gauche.

- le lavement baryté est normal, le colon gauche n'est que refoulé par la masse. Il ne semble pas qu'un siège jéjunal ait été retenu; par contre, il semble bien que l'on ait pensé plutôt à une tumeur rétropéritonéale de la loge rénale, étant donné le refoulement de l'uretère gauche. (tumeur vraisemblablement nécrosée étant donné la fièvre).

En l'absence d'artériographie, on avait donc éliminé :

- une tumeur rénale

- un cancer colique, il devenait nécessaire de faire une artériographie, afin de préciser et la voie d'abord chirurgicale en précisant le diagnostic topographique de la tumeur, et le diagnostic étiologique; ce qui sera, car l'opacification sélective de l'artère mésentérique supérieure montrera une tumeur rétro-péritonéale, au niveau de l'angle jéjuno-duodénal, donnant en plus une utile indication quant à l'étiologie probable de cette masse, puisque le radiologue parlera de tumeur vasculaire.



L'intervention chirurgicale découvrira un SCHWANNOME dont l'aspect inflammatoire et hémorragique expliqueront la fièvre, l'anémie chronique et la découverte de l'hémopéritoine en 1968.

#### EN CONCLUSION

Cette observation est intéressante d'une part, par sa relative rareté, d'autre part, par sa symptomatologie clinique assez typique des tumeurs du mésentère. En effet, celles-ci semblent se caractériser par les signes suivants :

- des états d'anémie chronique par hémorragie microscopique récidivante (ce qui est le cas ici : les hématocrites bas répétés en ville, l'hémopéritoine).

- des accidents occlusifs ou sub-occlusifs, souvent révélateurs de la tumeur évoluant à bas bruit. (La malade est entrée dans le service pour une sub-occlusion).

- la palpation directe à l'examen clinique de l'abdomen assez fréquemment, avec une extrême mobilité en l'absence d'adhérences inflammatoires. (La palpation dans le cas qui nous occupe était facile, mais les adhérences découvertes à l'intervention expliquent l'absence de mobilité).

- des douleurs abdominales dans la région du SCHWANNOME. (Madame BER... souffrait dans la partie supérieure gauche de l'abdomen).

- enfin, un état général relativement peu altéré (ce qui n'est pas le cas ici étant donné les signes d'infection observés).

Avec le recul du diagnostic fait, il est relativement facile de faire coïncider les signes énumérés plus hauts et la clinique, le diagnostic clinique était possible en l'absence d'artériographie, ce qui ne peut que donner plus de valeur à cet examen dans les cas comme celui-ci où la clinique est défailante.



CINQUIEME OBSERVATION

---

- Pseudo-kyste du pancréas,  
chez un homme de 41 ans.



L'histoire clinique de Monsieur HUS..., âgé de 41 ans débute brusquement le 3 septembre 1967, au cours de la nuit, par de violentes douleurs localisées dans l'hypocondre gauche, accompagnées de nausées et de vomissements. L'étude des antécédents montre : une tension artérielle à 16/17 de maximum depuis quelques années chez un gros mangeur, obèse, qui pèsait 80 kgs pour 1 m 69 à l'âge de 20 ans et habituellement depuis plusieurs années environ 110 kgs. Cependant, on ne note aucun antécédent digestif particulier.

Le malade est hospitalisé dans une clinique dans un état fébrile. Le bilan humoral fait en urgence à l'entrée est le suivant :

- amylasémie : 235 U.S. (Somogyi)
- amylasurie : 1 600 U.S.

Devant ces résultats, on porta le diagnostic de Pancréatite Aiguë. Un traitement par ZYMOFREN associé à 2 millions d'unités de COLYMICINE et 1,5 g de TYPHOMICINE ainsi que 300 mg d'HEMISUCCINATE D'HYDRO-CORTISONE est entrepris. Le 19 septembre, l'examen clinique et la radiographie du thorax permettent de mettre en évidence une pleurésie bilatérale à prédominance gauche. La ponction ramène un liquide jaune citrin limpide dont la formule est la suivante :

- une dizaine d'hématies par champs,
- 3 à 4 leucocytes par champs constitués par 75 % de polymucléaires et pour 25 % de lymphocytes,
- les cultures sont stériles,
- le dosage de l'amylase est à 102 U.S.

L'E.C.G. montre des signes d'ischémie-lésion, une tachycardie sinusale à 120/mn pouvant expliquer en partie seulement l'épanchement pleural.

On associe donc au traitement déjà cité : de la CEDILAMIDE, du LASILIX et on passe au CORTANCYL par voie buccale à la dose de 40 mg/jour.

L'évolution est suivie par les dosages répétés de l'amylase sanguine et urinaire qui diminuent notablement. (cf. le tableau).

Le malade ne souffre plus, mais reste fébrile avec 38° le soir. Il est alors transféré à l'Hôpital International de l'Université de Paris le 2 octobre, dans le service du Docteur ABIVEN.



L'examen clinique pratiqué à l'entrée du malade est le suivant : on se trouve devant un sujet obèse ayant perdu 17 kgs en un mois; assez dyspnéique, ayant une pleurésie bilatérale prédominant à gauche et dont le rythme cardiaque est rapide mais régulier. L'examen de l'abdomen est difficile du fait de l'obésité, cependant, on remarque à l'inspection une augmentation de volume du flanc gauche, à la palpation un abdomen tendu mais sans contracture évidente. On palpe au niveau de l'hypocondre gauche une volumineuse masse de la grosseur d'un ballon de football de consistance élastique, celle-ci est palpée latéralement vers la gauche n'est pas douloureuse. A la percussion, cette masse est mâte. L'examen des fosses lombaires montre au niveau de la fosse lombaire gauche une sensation de tension indolore; il n'y a pas de contact lombaire. Le reste de l'examen clinique est normal.

On fait alors des clichés sans préparation de l'abdomen : ceux-ci montrent un léger abaissement de l'angle colique gauche avec un refoulement certain des hautes tractions par une masse importante pré-vertébrale et latérale gauche. La masse semble de tonalité non homogène. Le lendemain le transit gastro-duodénal (figure 4) montre que l'estomac est refoulé en avant, laminé par une masse pré-vertébrale surmontée d'un niveau liquide large dont le bord antérieur longe la partie postérieure de la grosse tubérosité. Cette masse donne une déformation du cadre duodénal, lequel est complètement refoulé. L'angle splénique du colon se situe autour du petit bassin.

Il semble donc s'agir d'une collection liquidienne non homogène évoquant un faux kyste du pancréas. Cependant, comme il existe de petites clartés irrégulières sur certains clichés pouvant faire penser à des bulles gazeuses, on ne peut écarter le diagnostic d'un Ulcus Duodénal rompu dans la cavité rétro-péritonéale.

Devant l'aggravation de l'état général du malade et l'augmentation de volume de la tumeur, celui-ci est transféré dans le service de chirurgie du Docteur DUBOIS le 7 octobre en vue d'une intervention exploratrice qui sera effectuée le 12 octobre.

L'intervention pratiquée par le Docteur DUBOIS permet de confirmer le diagnostic de pseudo-kyste du pancréas.

En effet, on trouve un kyste monstrueux développé dans l'arrière cavité des épiploons, refoulant en haut et en avant l'estomac, en bas le colon transverse.

La ponction ramène 7 000 cc d'un liquide puriforme assez foncé. A l'ouverture du kyste, on évacue en abondance du tissu de nécrose et des vieux caillots; on trouve alors une cavité qui évide la totalité apparemment de la tête du pancréas et de la loge pancréatique. On sent en profondeur une partie du corps du pancréas et



de la queue indurée. Après évacuation et nettoyage de la poche kystique, on réalise une anastomose kysto-gastrastomique par ouverture sur la face postérieure de l'estomac. Puis on ferme la paroi antérieure du kyste au niveau du ligament gastro-colique.

L'évolution ne sera malheureusement pas favorable. Le malade est transféré dans le service de réanimation de l'hôpital où malgré une reprise de l'alimentation par voie orale, l'état général va rapidement se détériorer avec une élévation thermique à 39° en plateau, l'émission de méloenas récidivants nécessitant de multiples transfusions.

Le 31 octobre au matin, Monsieur HUS... fait une hématomèse avec chute tensionnelle. Malgré de nouvelles transfusions sanguines rapides, la tension artérielle restera instable. Le malade sera transporté à l'Hôpital ROTHSCCHILD en vue d'une réfrigération. Mais Monsieur HUS... décède trente minutes après son arrivée d'une hématomèse foudroyante.



Monsieur HUS...

| DATES    | Amylasémie | Amylasurie | Glycémie | Hématocrite<br>ou Hématies | Leucocytes | ZYMOFREN | Hémi OH Cortis. |
|----------|------------|------------|----------|----------------------------|------------|----------|-----------------|
| 3.09.67  | 235 US     | 1 600 US   |          | 4 800 000/3                | 8 600/3    | 50 000 U | 100 mg          |
| 4.09.67  | 231 US     | 1 830 US   | 1,65g    |                            |            | 75 000 U | 200 mg          |
| 5.09.67  |            |            |          |                            |            | 50 000 U | 300 mg          |
| 6.09.67  | 215 US     | 775 US     |          |                            |            | 25 000 U | 300 mg          |
| 7.09.67  |            |            |          |                            |            | 25 000 U | 300 mg          |
| 8.09.67  |            |            |          |                            |            | 25 000 U | 300 mg          |
| 9.09.67  | 102 US     | 500 US     | 1,67g    |                            |            | 25 000 U | 200 mg          |
| 10.09.67 |            |            | 1,57g    |                            |            | 10 000 U | 200 mg          |
| 13.09.67 | 90 US      | 625 US     |          | 4 800 000/3                | 12 480/3   | 5 000 U  | 100 mg          |
| 14.09.67 |            |            |          |                            |            | 5 000 U  | 100 mg          |
| 15.09.67 |            |            |          |                            |            | ARRET    | 100 mg          |
| 19.09.67 |            |            | 1,13g    | 4 000 000/3                | 9 640/3    |          | CORTANCYL 40mg  |
| 27.09.67 |            |            | 1,31g    | 3 900 000/3                | 10 560/3   |          | " 30mg          |

HOSPITALISATION LE 2 OCTOBRE 1967

|          |        |  |       |      |          |           |  |
|----------|--------|--|-------|------|----------|-----------|--|
| 3.10.67  | 128 US |  |       | 39 % | 18 500/3 | 100 000 U |  |
| 10.10.67 |        |  | 1,47g | 35 % | 17 400/3 | 100 000 U |  |

INTERVENTION CHIRURGICALE LE 12 OCTOBRE 1967

|          |       |        |       |      |          |           |            |
|----------|-------|--------|-------|------|----------|-----------|------------|
| 13.10.67 | 30 US | 512 US |       |      |          | 100 000 U | 100 mg     |
| 16.10.67 | 70 US | 512 US | 1,22g | 40 % | 29 500/3 | 100 000 U | 100 mg     |
| 17.10.67 | 70 US | 256 US |       |      |          | 100 000 U | 100 mg     |
| 18.10.67 |       | 64 US  |       |      |          | 100 000 U | 100 mg     |
| 19.10.67 |       | 128 US |       |      |          | 100 000 U | 100 mg     |
| 20.10.67 | 70 US | 256 US |       |      |          | ARRET     | BETNESOL 2 |
| 21.10.67 |       | 256 US |       |      |          |           | " 2        |
| 23.10.67 | 32 US | 256 US |       |      |          |           | " 2        |
| 24.10.67 |       | 512 US |       |      |          |           | " 2        |
| 26.10.67 |       | 128 US | 1,15g | 25 % | 18 700/3 |           | " 2        |
| 29.10.67 | 32 US | 32 US  |       |      |          |           | " 2        |
| 30.10.67 |       | 256 US |       | 34 % | 21 400/3 |           | " 2        |

DECES LE 31 OCTOBRE 1967



## DISCUSSION

Il s'agit donc d'une observation de Pancréatite Aiguë compliquée d'un pseudo-kyste du pancréas remarquable par son volume. Dans le cas présent, le diagnostic ne posa pas de gros problèmes, étant donné la symptomatologie typique. Il s'agissait d'un gros mangeur, certainement gros buveur, âgé de 41 ans, obèse, mais n'ayant jamais souffert sur le plan digestif auparavant. Les taux élevés de l'amyilasémie et de l'amyilasurie confirment l'atteinte pancréatique. Celle-ci s'accompagnera de pleurésie satellite dont le taux d'amyilasémie en confirmera l'origine.

Le traitement rapidement entrepris semble avoir eu une action favorable sur les taux d'amyilasémie. Mais on décrouvrira la masse abdominale énorme du pseudo-kyste confirmée par le transit gastro-duodéal. La rapide évolution de celui-ci obligera à intervenir d'urgence sur le plan chirurgical et à pratiquer une anastomose interne qui se compliquera d'hémorragie et entraînera la mort du malade.

A noter qu'aucun traumatisme ne sera retrouvé dans les antécédents, ainsi qu'aucun arguments en faveur d'un cancer sous-jacent.



SIXIEME OBSERVATION

---

- Pseudo-kyste du pancréas,  
chez une femme de 60 ans.



Madame Cécile ROR..., 60 ans, est hospitalisée au Centre Médico-Chirurgical de la Porte de Choisy le 15 décembre 1963 pour une occlusion intestinale aiguë avec météorisme abdominal important; la radiographie de l'abdomen sans préparation montrait des niveaux liquides dans le grêle et une distention colique s'arrêtant au niveau de l'angle gauche. La dernière anse iléale et le cadre colique étaient opacifiés par la baryte absorbée pour une radiographie gastrique les jours précédents; le colon descendant et le recto-sigmoïde étaient mal visibles, contenant simplement de discrets résidus barytés, ceci évoquant la présence d'un obstacle sur le colon descendant juste au-dessous de l'angle gauche.

A l'interrogatoire, on notait dans les antécédents en juin 1963, une hospitalisation à la Clinique de Chatenay-Malabry pour un syndrome abdominal aigu de l'hypocondre droit, avec fièvre à 38°/39°, vomissements de bile évoquant une cholecystite aiguë sur lithiase biliaire. Une cholecystectomie était faite durant son hospitalisation avec réintervention précoce au sujet de laquelle on ne possède aucun renseignement. D'autre part, en novembre 1963, une crise douloureuse épigastrique durant quatre jours. Enfin, le 10 décembre 1963, une crise analogue, nécessitant un transit gastro-duodénal qui montrait comme seule anomalie, un élargissement du cadre duodénal.

A l'entrée les examens complémentaires étaient les suivants :

- 3 390 000 /mm<sup>3</sup> hématies
- 10 000 /mm<sup>3</sup> leucocytes
- 58 % de polymucléaires neutrophiles.

Le ionogramme sanguin était le suivant :

- Na ..... 139 mEq/litre
- Cl ..... 107 " "
- K ..... 4 " "

L'amylasémie était à 42 U.S. et l'amylasurie à 240 U.S.

Le 17 décembre, le lavement baryté montre : (figure 5) au début du colon descendant une image de compression extrinsèque à contour arciforme sur le bord interne du colon. La muqueuse colique est respectée, mais le segment intéressé a un aspect hypertonique, tel qu'on peut le voir dans une sigmoïdite. Il doit exister une masse para-colique avec phénomènes inflammatoires coliques par contiguïté.



Le même jour l'examen du sang artériel est le suivant : pH à 7,43, réserve alcaline à 57,9 VolCO / %, l'hématocrite à 49 %, la glycémie à 0,99 g/l, l'urée sanguine à 0,30 g/l et les protides totaux à 68 g/l.

Une tentative de désobstruction non opératoire échoue aussi on intervient en faisant un anus transverse droit; on en profite pour prélever une frange épiploïque dont l'examen histologique révélera l'existence d'un vieux foyer de cyto-stéatonecrose. Les suites opératoires seront simples, permettant de réintervenir le 8 janvier 1964. (Il faut noter qu'une U.I.V. le 4 janvier s'est révélée normale). La malade est réopérée par le Docteur DUBOIS pour occlusion colique gauche par compression extrinsèque due à un faux kyste du pancréas. On pratique une kystographie par incision oblique du flanc gauche qui n'injecte pas le Wirsung, on ouvre alors largement la face antérieure du kyste que l'on a préalablement ponctionné, ramenant ainsi 100 cc d'un liquide verdâtre; celui-ci, ouvert, est rempli de débris nécrotiques très abondants, qui sont enlevés par simple curage, réalisant une véritable pancréatectomie, dépassant nettement la ligne médiane vers la droite. Cette cavité détergée n'est plus formée que par les parois des organes voisins. On décide de drainer largement vers la gauche, l'angle gauche étant sténosé par une véritable coulée péri-colique, on fait une myotomie antérieure extra-muqueuse, pour lui permettre une certaine expansion. La colostomie est laissée en place. Il faut noter qu'il existait de très nombreuses adhérences entre le grêle, le colon, l'épiploom, avec des taches jaunâtres, retrouvées également dans l'espace rétro-péritonéal. Le liquide de ponction est analysé : Amylase : 32 U.S. Lipase : 3,15 à la méthode de Wilblaethor, Trypsone : 4 à la méthode de Gaultier. Nombreux globules rouges, globules blancs, éléments minéraux assez abondants, présence de pigments biliaires, de quelques cristaux d'acide gras, rares cellules endothéliales. Pas de germes, culture stérile.

Dans les suites opératoires, on note plusieurs épisodes de rétention incomplète, avec fièvre; cependant, l'état général de la malade s'améliore rapidement. Le 17 février, une fistulographie opacifie un trajet fistuleux assez étroit auquel fait suite une cavité à contours irréguliers situés derrière l'estomac et en-dedans de la rate. Le 11 mars, le lavement baryté montre une empreinte extrinsèque de l'angle gauche, qui ne gêne pas cependant le passage du liquide, plus étendue que sur l'examen pré-opératoire du 17 décembre 1963.

La malade étant en état de supporter une intervention d'exérèse, celle-ci est réalisée le 17 mars 1964 par le Docteur DUBOIS.



Le compte rendu opératoire est le suivant :

On repasse par l'incision de Barraya gauche. Adhérences extrêmement serrées à la paroi et des anses intestinales entre elles. Au niveau de l'ancienne zone kystique, il persiste quelques débris sphacéliques et le colon est très induré et sténosé.

Il est à noter que la première anse jéjunale adhère très intimement à tout ce foyer inflammatoire.

On se décide pour une colectomie transverse gauche et segmentaire, emportant la zone de colostomie.

Pour éviter que la zone ne se trouve au contact du foyer pancréatique, que l'on devra drainer, on réalise une anastomose transverso-iliaque trans-masentérique, selon le précédé de TOUPET, passant par la zone avasculaire de TREVES; l'anastomose est à droite du mésentère.

Péritonisation au Lin. Une anse grêle, largement ouverte est suturée à points séparés de soie 000. La zone cruentée est drainée par une lame sortant par l'ancienne contre-incision; une autre lame draine la région splénique. L'orifice pariétal de colostomie est fermé par en-dedans. Paroi en plastofil sur un plan.

La pièce est confiée au laboratoire; l'examen anatomo-pathologique de celle-ci ne retrouvera aucun signe de malignité. Sur un des prélèvements, en pleine zone de sténose, on retrouvera un large foyer de cyto-stéato-nécrose cerné par une couronne de macrophages et par une réaction suppurée. On pouvait donc conclure à une sténose colique relative secondaire à un foyer de péritonite et panniculite néo-crossante.

Les suites opératoires furent aussi satisfaisantes que possible. Un lavement baryté de contrôle fait le 1er janvier 1965 se révélait normal, la malade n'ayant plus aucun trouble du transit.



## CONCLUSIONS

Voici une femme de 60 ans, obèse, ayant dans les mois qui précèdent son hospitalisation, des troubles digestifs dont deux syndromes douloureux épigastriques pouvant évoquer une pancréatite subaiguë, ainsi qu'une lithiase biliaire opérée quelques mois avant. Bien que l'on ait des dosages d'amylasémie et d'amylasurie normaux, on peut suspecter une pancréatite chronique sous-jacente à ce cortège de troubles. D'autant plus que le transit duodénal montre un cadre duodénal anormalement élargi.

Les troubles se précisent et la malade entre en clinique avec une occlusion intestinale aiguë; l'obstacle étant situé au niveau de l'angle colique gauche.

Donc symptômes coliques au premier plan. Le premier diagnostic qui vient à l'esprit est celui de cancer colique :

- l'âge s'y prête

- mais le lavement baryté élimine bien vite ce diagnostic, en montrant qu'il s'agit d'une compression extrinsèque avec un liseré muqueux conservé. (A noter qu'il n'a pas été trouvé de sang lors de plusieurs examens répétés des selles, arguments intéressants en faveur du cancer, bien que certaines pancréatites chroniques puissent saigner).

D'autres diagnostics sont avancés :

- Cancer du rein (mais il n'y a pas d'hématurie; une U.I.V. pratiquée sera normale).

- Phlegmon périnéphrétique

- Tumeur rétro-péritonéale

- Abscess sous-prénique etc... sont rapidement écartés

- Reste un cancer du pancréas envahissant le colon (ce qui est rare mais possible).

Cependant, devant les antécédents même de douleurs imprécises, de lithiase biliaire, le diagnostic de pseudo-kyste du pancréas responsable de l'occlusion colique gauche semble le plus probable. Dans tous les cas, une laparotomie est rendue nécessaire. Celle-ci permettra la mise en place d'un anus transverse droit d'attente, ainsi que le prélèvement d'une frange épiploïque de cytostéatonécrose confirmant le processus pancréatique.



Une seconde intervention permet le drainage du faux kyste après kystographie; mais une colectomie dans un troisième temps est rendu nécessaire étant donné la persistance de la sténose due à une sclérose circulaire irréversible.

#### EN RESUME

Faux kyste du pancréas suspecté avant l'intervention par l'étude des antécédents médicaux, par la lecture des clichés radiographiques (dont le cadre duodénal et le lavement baryté). Ce faux kyste confirmé par l'intervention avait entraîné une sténose colique gauche par sclérose péri-colique.



SEPTIEME OBSERVATION

---

- Kyste de la rate,  
chez une femme de 22 ans.



Mademoiselle Lucienne T..., 22 ans, est hospitalisée en novembre 1966 dans le service du Docteur RACT à l'H.I.U.P. pour syndrome douloureux de l'hypocondre gauche. En effet, au début du mois de novembre apparaît une lourdeur se transformant rapidement en douleur à type de "coups de poignard", localisée sur le rebord costal gauche, déclenchée par tout mouvement brusque, par l'inspiration profonde, le rire, le froid.

La malade doit marcher pliée en deux et dormir à plat sur le dos sans bouger. Il semble que la chaleur puisse la soulager. Cette douleur passe par un maximum du troisième jour au septième jour pour diminuer avec la menstruation le 13 novembre.

On remarquera que la douleur est strictement localisée à l'hypocondre gauche, sous-costale, sans aucune irradiation, qu'elle est isolée : sans fièvre, ni troubles du transit intestinal ou urinaire. On ne retrouve dans les antécédents récents, ni traumatisme, ni effort violent, ni prise de médicaments.

Le 17 novembre, réapparition de la douleur toujours isolée et localisée; la malade est alors hospitalisée le 19 novembre pour déterminer l'origine de ce syndrome douloureux.

À l'entrée dans le service, on se trouve devant une jeune fille en bon état général se plaignant d'une zone douloureuse localisée à l'hypocondre gauche; la palpation permet de découvrir une masse, débordant le grill costal de deux travers de doigts, dont le bord inférieur est horizontal et mousse, très superficiel sous la peau, mobile avec les mouvements respiratoires. Il semble que cette masse puisse correspondre à une rate.

On n'a pas de contact lombaire. La paroi abdominale est souple et indolore, il n'y a pas d'hépatomégalie. Les aires ganglionnaires sont libres. Le reste de l'examen clinique est normal. Dans les antécédents, on note : que la malade a vécu en Corse jusqu'en 1963 et qu'à l'âge de 12 ans, au décours d'une angine, son médecin aurait signalé la découverte d'une grosse rate.

Des examens de laboratoire sont demandés :

- la N.F.S. est la suivante : 4 420 000 / mm<sup>3</sup> hématies  
7 400 / mm<sup>3</sup> leucocytes avec 77 % de  
polynucléaires neutrophiles et 3 % de polynucléaires éosinophiles.  
230 000 / mm<sup>3</sup> plaquettes.



- Bilirubine totale : 8 mg/litre
- S.G.O.T. 20 unités
- S.G.P.T. 5 unités
- Vitesse de sédimentation : 10 à la première heure puis 26 à la seconde.
- Urée sanguine : 0,30 g/litre
- Culot urinaire : assez nombreux leucocytes isolés ou en petits amas et présence macroscopique de sang.
- Deux débits hématie/leucocytes/minute sont demandés à quelques jours d'intervalle :
  - . le premier : hématies ..... 35 000
  - leucocytes ..... 65 000
  - cellules épithéliales 10.000
  - pas de cylindres
  - . le second : hématies ..... 28 000
  - leucocytes ..... 3 500
  - cellules épithéliales 25 000
  - pas de cylindres.

Un test de PAUL et BUNNEL est négatif chez cette malade du groupe A.

La recherche de toxoplasmose par réaction de fixation du complément est négative.

On demande aussi des examens radiographiques :

- Cliché sans préparation de l'abdomen centré sur l'hypocondre gauche : (figure 6) qui montre une opacité homogène contenant quelques calcifications, s'étendant de D9 à L2 et du grill costal gauche au bord gauche du Rachis, les contours en sont réguliers. Le cul de sac pleural costo-phrénique est libre, l'hémicoupole est surélevée, l'estomac est refoulé vers la droite sans signe d'envahissement. Le grêle est refoulé en bas. On distingue la moitié supérieure du rein gauche qui se projette, non déformé, non déplacé, à travers l'opacité. Il n'est pas possible de suivre les contours de la rate dont seul le pôle inférieur est visible, abaissé mais normal par ailleurs. Il s'agit d'une tumeur kystique intra-péritonéale probablement indépendante de l'estomac, sans doute splénique.

- U.I.V. qui est normale. Les cavités pyélo-calicielles ont un aspect normal.

- Le transit gastro-duodéal montre une énorme masse tumorale intra-péritonéale refoulant l'estomac vers la droite.



D'autres examens complémentaires sont demandés, afin de préciser la nature de la tumeur.:

- l'électrophorèse de l'hémoglobine ne note aucune anomalie. Par contre, le fer sérique est abaissé à 30 gamma %.

- l'électrophorèse des protides est la suivante :

|                  |      |
|------------------|------|
| . Albumine ..... | 56 % |
| . ALPHA 1 .....  | 5 %  |
| . ALPHA 2 .....  | 9 %  |
| . BETA .....     | 10 % |
| . GAMMA .....    | 19 % |

- Calcémie 100 mg/litre

- Uricémie 50 mg/litre

- Créatinie sanguine : 11 mg/litre

- Le ionogramme sanguin est normal.

On demande alors une artériographie (le 13.12.66) dont le compte rendu est le suivant :

- Les artères rénales sont normales, le rein gauche est refoulé vers le bas.

- Le tronc coeliaque est mal opacifié et comme est semble y avoir une anomalie sur l'artère splénique, un cathétérisme est pratiqué à son niveau.

On note alors :

- une énorme splénomégalie, dont le pôle supérieur est normalement vascularisé; au niveau du pôle inférieur, les artères sont étirées et dessinent une image d'encorbellement au stade viscérographique :

- . image lacunaire avasculaire, bien limitée, de la moitié inférieure de la rate en faveur d'un kyste.

Mademoiselle T... est alors transférée en chirurgie dans le service du Docteur DUBOIS le 19 décembre 1966, en vue d'une intervention chirurgicale qui est pratiquée le 21 décembre.



On trouve un volumineux kyste blanchâtre, situé en plein milieu de la rate, et affleurant à sa paroi antérieure.

- Formolage par évacuation de 1 000 cc de liquide.
- Splénectomie
- On remarque une petite rate surnuméraire au niveau du pédicule; celle-ci est respectée.
- L'examen per-opératoire de la cavité abdominale et des viscères est normal.
- La réaction de WEINBERG du 22 décembre est négative.
- La ponction de liquide en per-opératoire montre :
  - absence de SCOLEX, aspect purulent, présence d'assez nombreux germes.
- Les tests immunologiques d'HYDATIDOSE sont négatifs (21.12.69)

L'examen anatomo-pathologique montre un kyste ancien entièrement scléreux, mais qui par ses caractères structuraux et l'absence d'éléments inflammatoires cadre parfaitement avec un kyste hydatique apparemment non vivant.

Les suites opératoires sont simples et la malade suivie en consultation se porte parfaitement bien.



## DISCUSSION

On se trouve donc devant une jeune fille de 22 ans, qui n'a d'autres antécédents connus que celui d'une grosse rate découverte par son médecin traitant au décours d'une angine à l'âge de 12 ans. Cette malade présente un syndrome douloureux attirant progressivement l'attention sur l'hypocondre gauche (HG); l'examen clinique permet de déceler une masse à ce niveau que l'on pense dans un premier temps être une grosse rate. Les premiers examens demandés sont normaux, aussi plusieurs diagnostics sont discutés :

1) Le paludisme mis à part la grosse rate, la symptomatologie ne l'évoque guère.

2) La monocléose infectieuse : il n'y a pas de ganglions, ni d'asthénie, la NFS est normale, la réaction de PAUL et BUNNEL est négative (mais la malade est du groupe A).

3) Une rate de septicémie : on ne trouve pas de porte d'entrée, la NFS est normale, il n'y a pas de fièvre.

4) Une hémopathie : avec une grosse rate, on peut supposer qu'il y aurait des signes hématologiques, et puis l'aspect clinique n'est pas évocateur d'une telle étiologie.

C'est alors qu'un signe vient compliquer le problème, celui de l'atteinte rénale, celui-ci oblige à rediscuter le diagnostic d'organe :

- s'agit-il d'une tumeur rénale ? ou d'une tumeur splénique avec des troubles rénaux ?

C'est pourquoi, on fait une UIV. Les reins paraissent sains; cependant, devant l'abaissement du rein gauche, on se doit de penser à un kyste de pôle supérieur du rein gauche.

On demande alors un cliché sans préparation de l'abdomen centré sur l'HG qui permet d'affirmer que la masse n'est pas rénale et qu'elle est sans doute en rapport avec la rate.

D'autres examens complémentaires sont alors faits :

- Une recherche d'hémoglobine anormale pouvant expliquer la splénomégalie avec une complication rénale expliquant l'hématurie.

- Une électrophorèse des protides à la recherche d'un facteur inflammatoire.



Ces deux examens se révèlent normaux.

A ce stade, on aurait pu demander une scintigraphie splénique, mais il semble que l'on ait choisi l'artériographie pour plusieurs raisons :

- la première est qu'il fallait avoir une vue d'ensemble de l'HG, ce que ne pouvait donner la scintigraphie (car l'atteinte rénale restait préoccupante)

- la seconde c'est que l'artériographie pouvant donner avec plus de sûreté d'utiles indications étiologiques quant à l'origine de la masse; ce qui sera d'ailleurs, puisque le chirurgien avant d'opérer saura qu'il a affaire à un kyste de la rate.

### EN CONCLUSION

Le diagnostic de siège a été fait grâce, en partie, au cliché sans préparation bien interprété à l'artériographie. Il sera confirmé par l'intervention. Le diagnostic étiologique avancé dans un premier temps par l'artériographie posera plus de difficultés; en effet, s'il y avait kyste, quelle était son origine ?

Il ne semble pas que le diagnostic de tuberculose splénique ait été longtemps retenu (il faut, cependant, noter que la cuti-réaction à la tuberculine était toujours négative malgré le BCG).

Devant les résultats de l'artériographie, des tests immunologiques d'hydatidose ont été demandés; ils se sont révélés négatifs.

Le résultat de l'examen anatomo-pathologique n'est formel que dans la mesure où ce diagnostic étiologique cadrerait le mieux avec les coupes histologiques, car il s'agirait alors d'un kyste non vivace, sans Scolex.

La réaction de WEINBERG faite au lendemain de l'intervention s'est révélée être négative.

Donc, kyste hydatique probable, mais dont on n'a pas la preuve formelle.

Restent :

- l'hématurie qui ne sera pas expliquée
- le fer sérique abaissé inexpliqué lui aussi
- la grosse rate palpée dans l'enfance (s'agissait-il d'une rate de mononucléose, ou déjà de l'hydatidose ?).



La malade étant perdue de vue après l'intervention, aucun examen n'a pu être fait pour étudier avec un certain recul les fonctions rénales et le fer sérique.

On peut donc conclure, en remarquant que dans un premier temps la discussion a tourné autour de l'atteinte rénale, s'il n'y avait pas eu d'hématurie, il est à peu près certain que la malade aurait été adressée au chirurgien plus rapidement avec le diagnostic de tumeur splénique, car après tout la première impression, celle de la sémiologie clinique était la bonne.



HUITIEME OBSERVATION

---

- Tumeur primitive du pôle inférieur  
du rein gauche,  
chez un homme de 71 ans.



Monsieur Louis PE..., 71 ans, ingénieur honoraire de la SNCF, consulte à l'H.I.U.P. au mois de mars 1959 pour :

- une sensation de pesanteur sous-costale gauche apparue depuis quatre mois environ, survenant par intermittence, sans cause déclenchante et sans horaire précis.

- une asthénie progressivement croissante sans anorexie, ni amaigrissement. Le malade aurait eu deux mois avant un épisode diarrhéique fait de plusieurs selles liquides, glaireuses, mêlées de sang rouge, pendant quelques jours, disparaissant sans aucun traitement.

L'examen clinique permet de palper une tuméfaction au niveau de l'hypocondre gauche (HG), associée à une petite défense du Grand Oblique. Cette masse est fixe, non mobile à la respiration et du volume d'un gros rein, de plus elle donne le contact lombaire.

Des examens complémentaires sont demandés :

- Des TOMOGRAPHIES de l'abdomen sans préparation montrent un estompage de l'ombre rénale et du psoas gauche ainsi qu'à 17-18 cm une ombre irrégulière, peu dense, coiffant le pôle inférieur du rein gauche.

- Un LAVEMENT BARYTE objective une tumeur pré-rénale peu mobile, irritant la région colique gauche sans adhérence intime avec celle-ci.

- Une U.I.V. (cf. figure n° 7) sur laquelle on note une déviation des calices moyens inférieurs gauches, ainsi qu'une mauvaise opacification du bassinnet; l'existence d'une tuméfaction du pôle inférieur du rein gauche provoquant la déviation des cavités rénales inférieures.

Il est intéressant de remarquer qu'en 1957 Monsieur PE... avait eu une prostatite aiguë à colibacille au décours de laquelle une U.I.V. avait été pratiquée, laquelle ne montrait aucune image anormale au niveau des reins. (On ne notait qu'une empreinte prostatique régulière). Ceci se passait en septembre 1957; en février 1958, le malade était opéré de la prostate pour un adénome.

Ainsi donc, à la fin du bilan clinique et radiologique, on se trouvait devant une grosse masse palpée dans l'HG, dormant le contact lombaire et dont la situation radiologique semblait être de toute évidence rénale. Le malade est confié au Docteur LOYGUE qui l'opère le 23 mai 1959 à la Clinique BIZET à Paris.



Compte rendu opératoire :

Large voie d'abord avec résection de la 2e côte. Il s'agit d'un énorme cancer développé aux dépens du pôle inférieur du rein gauche. Néphrectomie en passant au plus large possible. Drain aspiratif. Paroie nylon.

Examen anatomo-pathologique (Docteur TOURNEUR) :

Structure histologique typique faite partout de la pullulation de cellules claires disposées en cordons endocrinoïdes, généralement assez minces. Par endroits, la tumeur est nécrotique. En conclusion : CARCINOME RENAL à CELLULES CLAIRES; classique hypernéphrome.

Les suites opératoires sont simples et le malade se porte bien jusqu'en novembre 1961, où il est revu en consultation pour une HEMATURIE macroscopique initiale, isolée, sans aucun autre signe fonctionnel urinaire. Il a perdu quatre kgs en un mois et est assez fatigué; l'examen de l'abdomen ne montre rien d'anormal, les fosses lombaires sont libres. On note cependant que le malade se plaint depuis quelques semaines d'une sensation de pesanteur ou de tension au niveau de son HG, sensation calmée par le décubitus. Un LAVEMENT BARYTE pratiqué à cette époque ne montrait aucune lésion intrinsèque, on ne notait qu'un remplissage un peu lent du colon gauche. Un traitement symptomatique est entrepris et l'on revoie Monsieur PE... fin décembre ayant repris du poids et se sentant mieux. On n'entend plus parler de lui jusqu'en juillet 1962 où il est hospitalisé à Saintes par le Docteur JONCHERES dans un tableau d'asthénie et d'anémie. En effet, la NFS à l'entrée du malade est la suivante :

- GR : 2 600 000/mm<sup>3</sup> avec 52 % d'hémoglobine
- GB : 12 400/mm<sup>3</sup> et 85 % de polynucléaires neutrophiles.

L'examen de l'abdomen permet de percevoir dans son HG une masse importante, peu douloureuse, palpée en arrière jusque dans la fosse lombaire gauche. Il est fébrile oscillant autour de 38°. Le malade est réhydraté, on lui passe plusieurs culots globulaires (ses GR remontent à 3 800 000/mm<sup>3</sup>) et l'on demande le 3 août un transit GASTRO-INTESTINO-COLIQUE, qui est normal jusqu'à la partie moyenne du colon transverse; le 6 août, l'angle gauche est franchi et le colon descendant est opacifié, on constate alors une image cacunaire à la partie moyenne du colon descendant. Un LAVEMENT BARYTE est injecté en complément. On penche alors vers une compression extrinsèque du colon gauche avec ou sans envahissement, due vraisemblablement étant donné les antécédents à un processus extra-colique.

Le malade est opéré par le Docteur JONCHERES à Saintes le 13 août 1962.



Compte rendu opératoire :

On trouve une masse lombaire envahissant le colon jusqu'à l'aorte. La tumeur est enlevée facilement en même temps que tout le colon gauche et l'angle colique gauche; l'artère rénale est liée au ras de l'aorte. On fait une suture termino-terminale, transverse partie inférieure du sigmoïde.

Compte rendu anatomo-pathologique :

Conclue en faveur d'une METASTASE d'un EPITHELIOMA RENAL à CELLULES CLAIRES.

Les premières suites opératoires sont simples, reprises des selles rapidement et lever. c'est alors que le malade se plaint de coliques et a l'abdomen ballonné. Un cliché sans préparation de l'abdomen montre une énorme dilatation des anses grêles. Un BOL BARYTE confirme l'occlusion du grêle.

Le malade est opéré à nouveau le 31 août.

A l'intervention, on découvre une anse grêle accolée et coudée au niveau de l'anastomose colo-colique. On pratique une anastomose latéro-latérale entre l'anse dilatée et l'anse aplatie à 30 cm du caecum.

Les suites immédiates sont alors favorables. Le 4 septembre le malade va à la selle, il se lève rapidement et rentre fin septembre à Paris. Malheureusement, dans les mois qui vont suivre le malade va décliner rapidement sans que l'on ne puisse rien faire. Il meurt dans un état cachectique en août 1963, à l'âge de 75 ans.



## DISCUSSION

Il s'agit donc d'une masse tumorale découverte par la palpation de l'hypocondre gauche, orientée par la symptomatologie douloureuse de cette région. Le diagnostic topographique sera rapidement orienté vers la sphère rénale d'une part par la clinique, car il y a un contact lombaire très net, d'autre part, par les examens radiographiques dont on retiendra les coupes tomographiques de l'abdomen très utiles dans l'observation présente. Il faut remarquer qu'il manque dans le tableau clinique un signe essentiel d'atteinte rénale : l'hématurie qui ne sera jamais retrouvée dans les antécédents.

Cependant d'autres signes cliniques sont évocateurs d'un processus malin sur la sphère rénale, une fois le siège confirmé par les examens radiologiques, ce sont : l'âge avancé, une certaine altération de l'état général; avec même l'indication d'un cancer ayant atteint un stade avancé si l'on tient compte du fait que la tumeur est suffisamment volumineuse pour être palpée en avant dans l'hypocondre gauche et que celle-ci entraîne une sensation de pesanteur dans cette région.

Il ne semble pas que l'on puisse discuter beaucoup d'autres diagnostics, en particulier il n'y a pas de splénomégalie ni clinique ni radiologique; pas d'hépatomégalie permettant de palper un gros lobe gauche débordant dans l'hypocondre gauche. Cependant l'existence d'un épisode diarrhéique fait de selles glaireuses mêlées de sang dans les antécédents récents pouvait orienter le diagnostic vers une étiologie pancréatique, mais la radiologie, encore une fois écarte une telle topographie, et l'on ne sait pas très bien à quoi rattacher un tel symptôme, si ce n'est à une atteinte métastatique déjà existante au niveau du colon à cette époque.

## EN CONCLUSION :

Tumeur primitive du pôle inférieur du rein gauche, entraînant une pesanteur au niveau de l'hypocondre gauche, palpée en avant dans cette région et donnant le contact lombaire; tumeur opérée dans un premier temps et ayant entraîné une seconde intervention quelques mois plus tard pour métastase colique.



NEUVIEME OBSERVATION

---

- Méenchymome,  
chez une femme de 24 ans.



Madame K... Yvonne, 24 ans, Dahoméenne, en France depuis un an, accouche à 8 mois et demi d'un garçon bien portant de 3 230 gr, le 10 septembre 1966 à l'H.I.U.P.

C'est alors que l'accoucheur découvre dans les minutes qui suivent l'accouchement, d'ailleurs difficile, une masse dans l'hypocondre gauche.

Les suites de couche sont normales et la malade est transférée dans le service de Chirurgie du Docteur DUBOIS, trois jours après l'accouchement pour investigations complémentaires. Très rapidement, apparaissent des douleurs abdominales diffuses sans caractère précis, à type de pesanteur, sans troubles du transit.

La température est normale, la malade a quelques nausées accompagnées de vomissements biliaires, elle est très asthénique.

L'examen clinique montre au niveau de l'abdomen, dans l'hypocondre gauche, une masse arrondie de 22 cm de diamètre; masse :

- régulière
- un peu douloureuse à la palpation
- ne semblant pas faire corps avec la rate qui n'est pas augmentée de volume; il n'y a pas d'hépatomégalie.

Le reste de l'examen est normal.

Dans les antécédents, on note :

- au Dahomey, plusieurs crises de paludisme (aucune depuis son arrivée en France, en décembre 1965)
- une hépatite virale en 1956 en France
- un prolapsus hémorroïdaire réduit à l'H.I.U.P. au 2e mois de sa grossesse.

Du point de vue obstétrical la malade a été suivie régulièrement durant sa grossesse, à 3 mois et demi, à 7 mois et demi, à 8 mois et demi.

Un cliché sans préparation de l'abdomen de face (figure n° 8), en décubitus montre une opacité homogène de tout l'hypocondre gauche, débordant un peu dans l'hypocondre droit, s'étendant du diaphragme à L 4. Cette masse n'est pas limitée par des contours propres. La grosse tubérosité est refoulée vers la droite; on remarque une image de plissement longitudinal. Le colon transverse



est refoulé vers le bas; le psoas gauche est visible à travers l'opacité. Par contre, on ne voit le rein gauche abaissé que dans sa moitié inférieure qui est bosselée. La limite interne de la rate est visible sur toute sa hauteur.

Sur ce cliché, on peut donc avancé le diagnostic de tumeur rétro-péritonéale.

- une U.I.V. montre un rein gauche abaissé
- un transit gastro-duodénal montre un méga-estomac avec compression de la grande courbature verticale et angulaire.
- la lymphographie abdominale semble normale.

Les examens complémentaires sont les suivants :

- Hématies 3 900 000/mm<sup>3</sup>
- Leucocytes 6 100/mm<sup>3</sup> avec 28 % de polynucléaires neutrophiles et 10 % de polynucléaires éosinophiles.
- Plaquettes 25 000/mm<sup>3</sup>
- Vitesse de sédimentation à 60/110
- Electrophorèse des protides :
  - . Albumine .... 41 %
  - . ALPHA 1 ..... 9 %
  - . ALPHA 2 ..... 14 %
  - . BETA ..... 20 %
  - . GAMMA ..... 16 %

L'amylasémie est à 16 UW, l'urée à 0,20 gr/litre et la glycémie à 0,90 gr/litre.

Une AORTOGRAPHIE est alors faite. L'aorte est refoulée vers la droite. Le tronc coeliaque est dilaté. L'artère splénique est refoulée d'une manière importante vers le bas, de même que l'artère rénale gauche.

Il existe d'importantes plages d'hyper-vascularisation sur la totalité du flanc gauche. La rate est complètement refoulée vers l'extérieur. L'hyper-vascularisation provient de toutes les artères lombaires et elle est diffuse. Il s'agit sans doute d'un processus tumoral malin rétro-péritonéal sans aucune atteinte rénale (Figures 9 et 10).



La malade est opérée par le Docteur DUBOIS le 7 novembre 1966 pour la tumeur rétro-péritonéale et l'hypocondre gauche. Le compte rendu opératoire rapporte que l'on trouva :

- une masse de la grosseur d'un ballon de Rugby, saignant facilement adhérent :
  - . au pancréas sur sa face intérieure.
  - . à la capsule du rein gauche en arrière et en bas
  - . à la surrénale gauche
  - . surtout à la grosse tubérosité de l'estomac.

On pratique l'exérèse de la tumeur, ainsi qu'une hémipancréatectomie gauche; une surrénalectomie partielle gauche au niveau de la capsule antérieure du rein, une gastrectomie partielle au niveau de la grosse tubérosité. Un ganglion de la chaîne hépatique est prélevé.

L'évolution post-opératoire est excellente. La malade n'est plus revue jusqu'en 1969, où elle vient consulter pour un hallux valgus droit.

Le résultat de l'examen anatomo-pathologique est le suivant :

- Tumeur de 2 400 gr, qui se révèle du point de vue histologique être un volumineux mésenchymome légèrement myxoïde sans caractère structural ou cytologique de malignité.
- Le ganglion prélevé est tou-à-fait normal du point de vue histologique.



## DISCUSSION

Dans l'observation qui vient d'être présentée, il est intéressant de remarquer l'apport décisif des examens radiographiques quant au diagnostic topographique; en effet, la symptomatologie clinique assez vague n'oriente pas à priori les recherches vers un organe bien précis. Le seul renseignement important sera celui apporté par la palpation de l'hypocondre gauche qui montrera une masse semblant être indépendante de la rate. Il sera alors nécessaire de suivre un processus d'investigation rigoureux.

Le cliché sans préparation de l'abdomen, centré sur l'hypocondre gauche va être le pivot du diagnostic topographique, celui-ci situera la masse dans un plan rétro-péritonéal qui sera confirmé par l'artériographie. Tout d'abord par la situation de la masse, puis par l'absence de silhouette propre de celle-ci, enfin, par la perte de la silhouette rénale. Ce cliché corroborera la clinique en montrant l'indépendance de la tumeur avec la rate.

L'U.I.V. montrera un rein gauche abaissé mais d'aspect morphologique et fonctionnel normal éliminant une tumeur rénale.

Le transit gastro-duodénal éliminera une tumeur d'origine gastrique. Enfin, la lymphographie écartera l'hypothèse d'une tumeur maligne d'origine ganglionnaire.

L'artériographie sélective devient alors nécessaire pour confirmer le siège et si possible pour porter un diagnostic étiologique, ce qui sera fait pour le siège sans apporter de renseignements réellement plus intéressants que le cliché sans préparation. Quant à l'origine bénigne ou maligne de la tumeur, il semble que l'hypervascularisation observée égarera le diagnostic vers un processus malin. Par contre, il est intéressant de comparer le cliché au stade viscéral de l'artériographie centré sur l'hypocondre gauche au cliché sans préparation décrit plus haut; en effet, il permet de confirmer l'origine extra-rénale de la tumeur, car si l'on voit bien la silhouette de la rate, les contours de la moitié inférieure du rein gauche, il est, par contre, facile d'écarter un siège intra-péritonéal par la comparaison des deux clichés, car la visibilité sur le cliché au stade viscéral du contour supéro-externe du rein gauche aurait pu être trompeur. Donc l'artériographie prise ici isolement pouvait fort bien égarer ou rectifier dans un mauvais sens le diagnostic topographique, indiquant ainsi une mauvaise voie d'abord pour le chirurgien.



En tout état de cause, la malade sera opérée pour une tumeur rétro-péritonéale vraisemblablement maligne. L'examen anatomo-pathologique montrera qu'il s'agit d'un mésenchymome sans potentialité maligne.

#### EN CONCLUSION

Tumeur rétro-péritonéale, histologiquement définie comme un mésenchymome bénin découverte trois jours après un accouchement assez difficile, dont la symptomatologie clinique fut très discrète et dont le diagnostic topographique sera fait grâce à l'étude attentive des clichés radiographiques.



DIXIEME OBSERVATION

---

- Tumeur calcifiée rétro-pancréatique,  
d'étiologie indéterminée,  
chez un homme de 41 ans.



Monsieur GOU... Albert, français, âgé de 41 ans, instituteur, ressent brusquement le 22 avril 1966 une douleur costo-lombaire droite; irradiant vers la fosse iliaque droite; il est impossible au malade de trouver une position antalgique.

Il n'y a ni fièvre, ni signes digestifs, ni troubles urinaires. La douleur diminue progressivement en 48 heures sous l'effet d'injections de SPASFON.

C'est alors qu'apparaît une nouvelle douleur, cette fois-ci costo-lombaire gauche et s'accompagnant de fièvre à 38°/39°, sans troubles digestifs, ni urinaires. Un culot urinaire fait au domicile du malade montre :

- de l'albumine à 0,55 %
- d'assez nombreux leucocytes
- de rares hématies
- pas de cellules et à la culture : un COLIBACILLE.

Le médecin traitant prescrit un million de PENI-COLI par jour.

La T.A. reste stable autour de 13 de maxima. En quelques jours, la douleur disparaît et la fièvre diminue à 37°/37°4.

Une U.I.V. est faite le 6.5.66; laquelle montre des reins normaux; on remarque une image kystoïde calcifiée dans l'hypocondre gauche.

Alors que tout semblait rentré dans l'ordre, nouvelle crise douloureuse le 11.5.66, toujours costo-lombaire gauche, avec fièvre à 39°/40° et ballonnement abdominal, le malade étant constipé depuis 48 heures.

Monsieur GOU... est alors hospitalisé à l'H.I.U.P. le 12.5.66 dans le service Médecine du Docteur RACT.

Dans les antécédents, on note en 1952 une colique néphrétique droite sans émission de calcul, ni hématurie macroscopique, avec fièvre modérée pendant 5 jours. En 1953, même épisode qu'en 1952. Enfin, ce malade avait en 1957 un chien porteur de taenias. Aucun séjour en pays tropical.

A l'entrée, le malade est anorexique, déshydraté (avec pli cutané abdominal). Sa diurèse est normale, sa T.A. à 11/7, avec un poul à 115, la température à 39°4. Il se plaint d'une douleur costo-lombaire bilatérale à prédominance gauche.

L'inspection de l'abdomen montre une voussure au niveau de l'HG.



La palpation de l'HG est douloureuse. Le foie est de taille normale. L'état de la rate est impossible à apprécier vu la douleur de l'HG. Douleur à la palpation de la fosse lombaire gauche, au niveau de laquelle on note l'existence d'une tuméfaction très douloureuse.

La masse palpée dans l'HG, mobile lors des mouvements respiratoires, siège là où l'on palpe habituellement le bord inférieur de la rate.

Les hémocultures faites à l'entrée sont poussées, montrant du Colibacille. A la NFS, il y a 18 400 leucocytes dont 1 éosinophile, une vitesse de sédimentation à 40 à la première heure. Enfin, le débit minute est le suivant :

- 1 800 cellules épithéliales
- 110 000 leucocytes
- 800 hématies
- pas de cylindres et du Colibacille à la culture.

Après antibiogramme, un traitement est entrepris:

- 2 millions de Colimycine associés à 1 gr de Solnical par jour.
- ainsi que la réhydratation hydroélectrique et la prescription d'antalgiques. Il faut noter que le ionogramme sanguin confirmait la déshydratation clinique avec
- 122 mEq/de Sodium, 94 mEq de Chlore et 3,4 mEq/l de Potassium.

L'électrophorèse des protides est la suivante :

- Albumine ..... 32,5 %
- ALPHA 1 ..... 9,5 %
- ALPHA 2 ..... 14 %
- BETA ..... 14 %
- GAMMA ..... 30 %

Le cliché sans préparation de l'abdomen montre de face et de profil une volumineuse tumeur calcifiée de l'HG (Figure 11).

Un transit gastro-duodéal est fait le 21.5.66 :

La tumeur calcifiée refoule la grande courbure vers la région médiane et paraît faire corps avec la poche gastrique de face. De profil, la tumeur refoule en avant la face postérieure de l'estomac et paraît séparé de celui-ci par l'épaisseur de la muqueuse gastrique.

La tumeur est mobile avec la respiration et les mouvements du diaphragme; elle est non rétro-péritonéale.



Le 2.6.66 : Artériographie du tronc coeliaque (Figure 12).

L'artère splénique est d'assez gros calibre. Elle contourne la masse calcifiée et le hile splénique se trouve au-dessus de celle-ci. La tumeur n'est pas à proprement parler vascularisée, mais il existe de très nombreux vaisseaux qui semblent rester à sa périphérie.

Une artère de très gros calibre naît à la face inférieure du tronc coeliaque et donne des branches vascularisant la périphérie de la tumeur. Au stade splénique, la rate est bien délimitée et la photographie de retour montre une veine splénique parfaitement perméable, contournant elle aussi la masse calcifiée.

L'aspect radiologique fait plutôt penser à une tumeur calcifiée de la queue du pancréas qu'à une lésion splénique.

La réaction de CASONI est négative. On note une absence de suspicion immunologique d'hydatidose (Pr AGR. CAPRON de Lille).

Le malade est alors opéré le 9.6.66 par le Docteur DUBOIS.

Le compte rendu opératoire est le suivant :

Longue médiane.

La tumeur, de la taille d'un pamplemousse, très dure, fait saillie dans l'arrière cavité des épiploons, au devant et à gauche de la région coeliaque. Elle est barrée en avant par le corps du pancréas; elle est indurée de grosses adénopathies d'aspect néoplasique, se prolongeant dans la racine du mésentère.

On commence par cliver la tumeur du mésocolon, ce qui est facile et permet d'abaisser l'angle gauche.

La grande courbure de l'estomac est ensuite libérée dans toute sa partie gauche. La rate, de volume normal ne pourra être conservée et devra être enlevée avec la tumeur.

On fait alors un décollement spléno-pancréatique de la masse; c'est alors que se produit une hémorragie très importante, venant de la tumeur elle-même, qui est recouverte de grosses veines étalées à la surface.

L'exérèse devra alors être faite très rapidement, sans pouvoir contrôler l'hémorragie, entraînant alors une hémorragie très considérable.



On coupe l'isthme pancréatique au-devant de la veine porte. Le souci est alors de conserver au moins l'artère hépatique qui doit être libérée dans les adénopathies et qui sera conservée et battante en fin d'intervention.

La coronaire stomachique et la splénique doivent être liées à leur origine; il faut lier également une très grosse artère, plus grosse que la coronaire stomachique venant de la surrenale et qui irriguait la tumeur. Dès la tumeur enlevée l'hémorragie s'arrête totalement. On s'aperçoit alors que l'on a dû passer dans la surrenale, dont il ne reste qu'un gragment. Le pédicule rénal est intact.

Malgré la libération étendue de la grande courbure gastrique et la ligature de la coronaire stomachique, l'estomac semble bien vascularisé. L'isthme pancréatique a été lié en masse, l'hémostase de la tranche est cependant complété par quelques points en X. L'hypocondre gauche est drainé par une lame sortant par contre-incision lombaire. Toilette péritonéale. Antibiotiques et hydrocortisone intra-péritonéaux. Paroi plastofil.

Les suites opératoires sont satisfaisantes. L'examen anatomo-pathologique est le suivant :

Pas de critère de prolifération maligne; on peut écarter une inflammation spécifique tuberculeuse ou parasitaire; il est plus difficile d'écarter à coup sûr une maladie de HODGKIN étant donné la présence de granulome polymorphe, mais il n'y a pas de cellule de STERNBERG typique. En conclusion : volumineux organe hémolymphoïde partiellement calcifié dont on comprend mal la signification.

La recherche de bacille de KOCH dans les urines se révélera négative après cultures sur milieux de LOEWENSTEIN. A sa sortie, le malade est dans un état général satisfaisant; l'examen clinique est strictement normal, les aires ganglionnaires sont libres.

Monsieur GOU... sera revu six mois plus tard au cours d'une consultation systématique qui ne décèlera rien d'anormal à l'examen clinique.

Cependant, on apprendra qu'en janvier 1969, Monsieur GOU... est décédé à Lille, dans le service du Professeur TACQUET au cours d'un épisode d'insuffisance respiratoire aiguë.



## DISCUSSION :

Au tout début des troubles, la symptomatologie douloureuse gauche, oriente d'emblée les recherches vers la sphère rénale, en effet, deux étiologies viennent tout de suite à l'esprit : une lithiasse urinaire surinfectée ou une prolifération tumorale du rein gauche, mais l'UIV faite en ville étant donné les antécédents de colique néphrétique est strictement normale sur le plan rénal, montrant cependant une masse calcifiée de l'H.G.; par contre, le culot urinaire confirme l'infection urinaire. A ce stade tout semble rentrer dans l'ordre; c'est alors que réapparaissent les douleurs associées à une brusque poussée fébrile; c'est ainsi qu'à l'entrée du malade à l'hôpital la symptomatologie clinique à type de septicémie à colibacille dont le point de départ semble urinaire n'attirait pas l'attention sur l'hypocondre gauche, si l'examen clinique de l'abdomen n'avait découvert une masse à la palpation de cette région; en effet, la masse est nettement palpée dans l'H.G. Elle donne dans la fosse lombaire gauche, le contact lombaire qui est douloureux, confirmant ainsi cliniquement l'image radiographique.

Le premier problème qui se pose alors est celui du siège de la tumeur. On discute un siège rétro-péritonéal qui est récusé, étant donné :

- l'U.I.V. est normale, le rein gauche n'étant pas abaissé
- la mobilité de la tumeur aux mouvements respiratoires
- l'étude de la mobilité de celle-ci sous écran radioscopique pendant le transit gastro-duodénal qui la situe en arrière de l'estomac.

Le second siège qui peut être évoqué est celui d'une masse en rapport à la rate :

- ici, la clinique n'est pas formelle
- seule l'artériographie donnera d'utiles renseignements, en individualisant nettement la rate de la tumeur, mais elle proposera comme diagnostic topographique probable la queue du pancréas.

Le deuxième problème est celui du diagnostic étiologique de cette tumeur.

- la palpation de celle-ci montre une masse ferme et matte.
- la radiographie de l'H.G. objective une masse kystoïde calcifiée.
- quant à l'artériographie, elle n'apporte que peu de renseignements supplémentaires, confirmant l'aspect calcifiée, kystoïde, vascularisé en périphérie et donc non malin à priori.



- les recherches biologiques d'hydatidose seront négatives, mais il faut remarquer qu'un kyste hydatique calcifié peut très bien être muet biologiquement.

Ainsi à la lumière des différents examens, deux diagnostics principaux peuvent être discutés :

1) un hématome calcifié :

- l'aspect radiologique est compatible, par contre il n'y a pas d'antécédents traumatiques en particulier au niveau de la rate.

2) un kyste pancréatique :

- l'artériographie serait en faveur d'un tel siège, mais il n'y a pas d'antécédents digestifs évocateurs.

C'est pourquoi, seule la laparotomie exploratrice peut permettre de résoudre ces différents problèmes.

Celle-ci, dramatique du fait de l'hémorragie per-opératoire montrera l'origine indépendante de la tumeur, vis-à-vis des différents organes, mais permettra un examen anatomopathologique qui, lui, remettra tout en question quant à l'étiologie.

Sur le plan histologique, une étiologie parasitaire ou tuberculeuse peut être éliminée (la recherche répétée de bacilles de KOCH sera négative). Reste celui d'une maladie de HODGKIN, muette cliniquement (les aires ganglionnaires sont libres).

Six mois après, le malade n'avait aucun trouble en rapport avec cette maladie.

Enfin le décès, trois ans après au cours d'une insuffisance respiratoire aiguë, non suivie d'une vérification anatomique, laissera persister le mystère quant à l'étiologie de cette tumeur.

#### EN CONCLUSION

Septicémie à colibacilles à point de départ urinaire chez un malade dont les seuls antécédents sont d'ordre lithiasique au décours de laquelle une tumeur de l'H.G. est découverte.

L'étiologie de celle-ci ne sera pas expliquée par l'examen anatomopathologique. On peut penser que les signes généraux et la tumeur sont indépendants.

Enfin, dans cette observation, il faut remarquer que l'artériographie n'a eu d'autre intérêt que l'éliminer une étiologie splénique et de confirmer ce que l'on pouvait soupçonner.



C O N C L U S I O N S

---



| ETIOLOGIE                                          | MODE DE DECOUVERTE                                                                                                                          | SP    | UIV | TGD | LB     | ARTER | SEXE AGE |
|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-----|-----|--------|-------|----------|
| Abcès du lobe gauche du foie                       | S.douloureux épigastrique, fébrile, avec altération de l'E.G. (existence d'un Lupus Erythémateux Chronique).<br>Voussure palpée dans l'H.G. | +     |     |     |        | M.S.  | M 43     |
| Hépatome du lobe gauche du foie                    | Altération de l' E.G.S. para-néoplasique scapulo-huméral gauche.<br>Sensation de plénitude à la percussion de l'H.G.                        | +     | +   |     |        | T.C.  | F 22     |
| Iléite ulcéreuse                                   | S.fébrile avec altération de l'E.G.<br>Occlusion colique gauche.<br>(quelques douleurs de l'H.G. à l'entrée).                               |       |     |     | +      |       | F 68     |
| Schwannome de l'intestin grêle                     | S.sub-occlusif.<br>Palpation d'une masse de l'H.G.                                                                                          | +     | +   |     | +      | M.S.  | F 59     |
| Pseudo-kyste du pancréas.                          | Au cours d'une crise de P.A.H.<br>Palpation d'une masse énorme débordant largement l'H.G.                                                   | +     |     | +   |        |       | M 41     |
| Pseudo-kyste du pancréas                           | Occlusion colique gauche                                                                                                                    |       |     |     | +      |       | F 60     |
| Kyste de la rate                                   | S.douloureux de l'H.G.<br>Palpation d'une masse de l'H.G.                                                                                   | +     | +   | +   |        | S     | F 22     |
| Tumeur primitive du pôle inférieur du rein gauche. | Pesanteur de l'H.G.<br>Palpation d'une masse de l'H.G. donnant le contact lombaire.                                                         | tomos | +   |     | +      |       | M 71     |
| Tumeur rétro-péritonéale<br>Mésenchymome           | Douleurs abdominales non systématisées. Palpation d'une masse de l'H.G.                                                                     | +     | +   | +   | lympho | T.C.  | F 24     |
| Tumeur calcifiée rétro-pancréatique.               | Douleurs de l'H.D. puis de l'H.G.<br>Palpation d'une masse douloureuse de l'H.G.                                                            | +     | +   | +   |        | T.C.  | M 41     |



## CONCLUSIONS

---

Nous avons dans le tableau précédent résumé de manière schématique les différents signes cliniques ayant attiré l'attention vers l'hypocondre gauche, ainsi que les différents examens radiographiques qui ont été faits, soit pour préciser le siège de la tumeur, soit pour essayer d'en connaître l'étiologie. Nous allons voir successivement l'apport de la clinique et des examens complémentaires dans les différentes observations présentées.

Première observation : ABCES du lobe gauche du FOIE, dont la symptomatologie révélatrice était douloureuse à type de pancréatite chronique. L'inspection de l'H.G. montrera une voussure qui sera palpée bien indépendante de la rate; l'artériographie égarera le diagnostic pré-opératoire en suspectant un kyste pancréatique, étant donné l'atteinte pancréatique clinique. Seule la laparotomie exploratrice rectifiera le diagnostic; cependant, aucun germe ne sera retrouvé aux différentes cultures. Remarquons enfin, l'existence d'un Lupus Erythémateux Chronique qui disparaîtra après traitement par la Nivaquine; reste les lésions du fond-d'oeil qui ne seront pas expliquées à moins qu'on ne les fasse rentrer dans le cadre d'une toxémie enzymatique pancréatique, mais nous n'avons pas retrouvé de description semblable dans la littérature.

Deuxième observation : HEPATOME du lobe gauche du FOIE, chez une jeune fille âgée de 22 ans à l'état général altéré se plaignant de douleurs de l'articulation scapulo-humérale gauche. C'est la percussion attentive de l'H.G. qui découvrira la masse tumorale. Les examens radiographiques ne permettront pas de faire le diagnostic de siège, en particulier le cliché S.P. et l'artériographie évoqueront une masse tumorale en rapport avec la rate. L'U.I.V. permettra d'éliminer une cause rénale. Cette fois-ci encore la laparotomie exploratrice permettra de faire le diagnostic de siège et l'anatomo-pathologie celui de cancer primitif du foie.



Troisième observation : chez une femme de 68 ans à l'état général progressivement dégradé parallèlement à une ascension thermique, c'est surtout l'apparition d'un syndrome occlusif gauche qui oriente les recherches vers l'H.G. La rapidité d'évolution et l'urgence chirurgicale n'ont pas permis de faire de nombreuses investigations complémentaires. C'est l'examen anatomo-pathologique de la pièce prélevée lors de l'intervention qui permettra de faire le diagnostic d'ILIEE ULCEREUSE.

Quatrième observation : SCWANNOME de l'intestin grêle. Chez cette femme de 59 ans, les signes cliniques vont orienter les recherches dès l'entrée de la malade vers l'H.G. En effet, on palpera une masse de l'H.G. volumineuse associée à des douleurs de cette région. Le syndrome sub-occlusif cèdera rapidement et des radiographies seront faites, dont une U.I.V. pour éliminer une cause rénale, un lavement baryté qui éliminera une tumeur digestive du gros intestin. C'est ici qu'intervient l'Artériographie qui précisera le siège de la tumeur comme étant situé sur le territoire de la première artère jéjunale, et donnera une indication intéressante quant à la constitution de la tumeur qui sera de type vasculaire. La laparotomie exploratrice et l'examen anatomo-pathologique permettront de faire le diagnostic final.

Cinquième observation : Pseudo-kyste du pancréas, chez un homme de 41 ans. Le diagnostic clinique ne posera ici aucun problème étant donné la symptomatologie douloureuse typique de pancréatite aiguë hémorragique, associée dans le cas présent à une pleurésie bilatérale à prédominance gauche dont le liquide ponctionné montrera un taux d'amylase à 102 U.S. L'examen clinique fait dans les jours suivant la crise découvrira une volumineuse masse débordant l'H.G. suspecte à priori d'être une pseudo-kyste en voie de formation. Le T.G.D. confirmera cette impression, en permettant de suivre les contours de cette volumineuse collection liquidienne dont la ponction ramènera sept litres de liquide. Malgré une anastomose kysto-gastro-tonique, le décès surviendra dans les jours qui suivront au cours d'une hématoméose foudroyante.

Sixième observation : Femme de 60 ans ayant un Pseudo-Kyste du Pancréas. Dans cette observation, les signes cliniques sont en faveur d'une évolution chronique de l'atteinte pancréatique et c'est un syndrome d'occlusion colique gauche qui va révéler l'existence du Pseudo-Kyste. C'est le lavement baryté qui en éliminant une compression intrinsèque colique va permettre de faire suspecter la présence du Pseudo-Kyste. La laparotomie exploratrice permettra tout en levant l'obstacle de prélever une frange épiploïque sur laquelle on trouvera un vieux foyer de cyto-steato-nécrose confirmant l'atteinte pancréatique. Deux nouvelles interventions seront nécessaires, l'une pour drainer le faux kyste, l'autre pour faire une colectomie, étant donné la persistance d'une zone de sclérose péri-colique irréversible.



Septième observation : Kyste de la Rate probablement d'étiologie hydatique non vivace, chez une jeune fille de 22 ans. Le début des troubles se caractérise par un syndrome douloureux de l'H.G. sans altération de l'état général, ni fièvre. L'examen clinique permet de palper une masse de l'H.G. qui semble être en rapport avec la rate; cette impression sera confirmée par le cliché S.P. L'U.I.V. sera faite étant donné l'atteinte rénale préoccupante et l'artériographie élective splénique visualisera une image avasculaire d'aspect kystique de la moitié inférieure de la rate. L'intervention permettra une exérèse et l'étude anatomo-pathologique du kyste qui sera en faveur d'un kyste hydatique ancien.

Huitième observation : Tumeur primitive du pôle inférieur du rein gauche chez un homme de 71 ans, révélée cliniquement par une sensation de pesanteur de l'H.G. ainsi que par la palpation d'une masse de l'H.G. donnant le contact lombaire. Des tomographies de la région associées à une U.I.V. vont permettre de confirmer le siège rénal de la tumeur. L'intervention permettra une néphrectomie gauche. Mais la survenue d'une Métastase dans les mois qui suivront entraînera une nouvelle intervention au cours de laquelle une exérèse de la Métastase sera faite et permettra au malade une survie de quelques mois.

Neuvième observation : MESENCHYMOME de siège rétro-péritonéal chez une jeune femme de 24 ans découvert dans les suites immédiates d'un accouchement assez difficile chez une primipare sans aucun antécédent pathologique notable dans les mois qui ont précédé l'accouchement. C'est l'accoucheur qui découvrit à la palpation de l'abdomen une masse dans l'H.G. Le diagnostic topographique de la tumeur fut possible grâce à l'étude des différents clichés radiographiques dont celui sans préparation centré sur l'H.G. En effet, l'artériographie du tronc coeliaque ne donna pas de renseignements supplémentaires, au contraire, elle aurait égaré le diagnostic si elle n'avait pas été confrontée avec le cliché sans préparation. L'intervention permit l'exérèse de la tumeur, laquelle histologiquement se révéla bénigne.

Dixième observation : Tumeur calcifiée de siège rétro-pancréatique d'étiologie indéterminée chez un homme de 41 ans. Malade hospitalisé pour des douleurs évoquant une colique néphrétique droite puis gauche avec infection urinaire à colibacille point de départ probable de la septicémie à colibacille découverte au cours du bilan pratiqué à l'entrée du malade dans le service. C'est l'U.I.V. faite en ville par le médecin traitant qui montrera une tumeur calcifiée de l'H.G. laquelle sera retrouvée à la palpation de cette région. L'artériographie du tronc coeliaque orientera le diagnostic topographique vers une tumeur calcifiée de la queue du pancréas. La laparotomie exploratrice permettra d'exérèse de la tumeur et son étude anatomo-pathologique qui n'apportera pas d'arguments suffisants pour affirmer une maladie de HODGKIN.



Nous avons présenté dix observations cliniques ayant un rapport sémiologique avec l'hypocondre gauche. Nous avons pu voir la difficulté qu'a présenté le diagnostic topographique quant à l'organe ou le viscère responsable de la "Tumeur" (tumeur pris au sens étymologique du terme). Dans la plupart des cas présentés, si la symptomatologie douloureuse n'attirait pas toujours l'attention vers l'hypocondre gauche, la palpation ou la percussion de cette région abdominale orientèrent rapidement les recherches vers les différents viscères la composant. A ce propos, remarquons la place importante occupée par la discussion des clichés sans préparation de l'abdomen centré sur l'hypocondre gauche quant à la possibilité de savoir si une masse est ou non rétro-péritonéale. L'U.I.V. a été dans la plupart des cas faite pour éliminer une masse de la sphère rénale. Le transit gastro-duodéal permet de savoir les rapports de la tumeur en cause avec le haut intestin. Le lavement baryté a été fait chaque fois n'existait un état occlusif, afin d'éliminer une cause intra-colique. Reste l'artériographie qui ne permet que dans deux cas de faire et le diagnostic topographique et le diagnostic étiologique (Schwannome du grêle et kyste de la rate).

Nous retiendrons donc sur le plan des examens radiographiques, le processus suivant qui semble le plus logique pour localiser toute masse de l'hypocondre gauche : tout d'abord un cliché sans préparation de l'abdomen associé à deux autres centrés sur l'H.G. de face et de profil. Puis si l'attention est attirée sur le rein gauche, une U.I.V. Enfin l'opacification gastro-duodénale ou du gros intestin sera indispensable dans tous les cas de suspicion de kyste ou pseudo-kyste du pancréas et d'état sub-occlusif ou occlusif. Quant à l'artériographie, elle permettra de choisir en tout état de cause une voie d'abord pour le chirurgien, avec dans un certain nombre de cas non négligeables, la possibilité de proposer un diagnostic étiologique pré-opératoire.

L'interprétation de tous les examens complémentaires que nous venons d'étudier, nous permet d'éclaircir d'un jour nouveau les renseignements fournis par l'interrogatoire et l'examen clinique; à ce propos, il faut signaler que dans plusieurs cas, le diagnostic ne peut être fait avant l'intervention, ni par l'étude des signes cliniques, ni par l'étude des examens complémentaires; le malade ayant un abcès du lobe gauche du foie fut envoyé au chirurgien comme ayant probablement un kyste du pancréas; l'hépatome du lobe gauche du foie fut aussi une découverte per-opératoire, en effet la clinique n'orientait pas les recherches vers le foie, on pouvait seulement suspecter une étiologie carcinoïde devant l'altération de



l'état général et la vitesse de sédimentation accélérée, quant à l'artériographie, elle trompait son monde en évoquant une tumeur de la rate; l'iléite ulcéreuse s'était présentée comme une occlusion colique gauche. Nous ne reviendrons pas plus longuement sur ces observations.

Par contre, il est une observation où l'on pouvait avancer un diagnostic étiologique : en effet, il était possible de faire le diagnostic de tumeur du Mésentère et par là même de suspecter un Schwannome devant la seule étude des antécédents de la malade et des signes cliniques; la rareté d'une telle étiologie explique que l'on n'y ait pas pensé plus vite.

Restent le kyste de la rate, le cancer du rein gauche et le pseudo-kyste du pancréas, dont la simple étude des signes cliniques aurait suffi à faire le diagnostic.

Enfin, si l'on étudie, dans le tableau récapitulatif précédent, le mode de découverte des différentes tumeurs, dans la plupart des cas il y eut des douleurs au niveau de l'H.G. ainsi qu'à l'examen clinique la palpation d'une masse dans cette région. Ce qui tendrait à individualiser en quelque sorte l'H.G. comme privilégié pour la découverte et le diagnostic clinique des tumeurs des organes et viscères s'y rapportant.



Vu, le Président de Thèse :

Vu, le Doyen de la Faculté :

Professeur CERBONNET

Professeur G. BROUET

Vu et Permis d'Imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris

G. MALLET



## A B R E V I A T I O N S   U T I L I S E E S

---

|                      |                                |
|----------------------|--------------------------------|
| ARTERIO .....        | artériographie                 |
| E.G. ....            | état général                   |
| H.D. ....            | hypocondre droit               |
| H.G. ....            | hypocondre gauche              |
| IONO .....           | ionogramme                     |
| L.B....ou LV.B. .... | lavement baryté                |
| LYMPHO .....         | lymphographie                  |
| M.S. ....            | mésentérique supérieure        |
| N.F.S. ....          | numération formule sanguine    |
| P.A.H. ....          | pancréatite aiguë hémorragique |
| R.X. ....            | radiographie                   |
| Sp .....             | splénique                      |
| S .....              | syndrome                       |
| S.P. ....            | sans préparation               |
| T.A. ....            | tension artérielle             |
| T.G.D. ....          | transit gastro-duodéal         |
| T.C. ....            | tronc coeliaque                |
| TOMOS .....          | tomographie                    |
| U.I.V. ....          | urographie intra-veineuse      |
| V.S. ....            | vitesse de sédimentation       |
| E.C.G. ....          | électrocardiogramme.           |



## B I B L I O G R A P H I E

---

- A - GENERALITES
- B - HEPATOME
- C - KYSTE DE LA RATE
- D - MESENCHYMOME
- E - PSEUDO-KYSTE DU PANCREAS
- F - SCHWANNOME
- G - TUMEUR RETRO-PERITONEALE



1 - BISMUTH (V) BLERY (M) DESPREZ-CURELY (J.P.)

Quelques tumeurs abdominales et leur diagnostic radiologique  
Annales de Radiologie, II, (II-12) 1968 - p. 869-874.

2 - BOURDE Y.

Diagnostic des tumeurs du quadrant supérieur gauche de l'abdomen  
Marseille méd. 15 août 1942 . 72 . N° 11 , 493-498.

3 - CARTERET R.

A propos du diagnostic clinique des tumeurs de l'hypocondre gauche  
Thèse Paris 1958 - 79 pages.

4 - LEMAITRE G. - L'HERMINE C. - GAUTIER-BENOIT C. et MAILLARD J.P.

A propos du diagnostic radiologique des tumeurs de l'hypocondre gauche  
Ann. Radio. 1968 . II . N° II-12 - 878-881 - 6 fig.

5 - LUZZATI G.

Le splénoscin tillogramme dans le diagnostic des masses hémi-abdominales  
gauches.

Radiologie méd. juillet 1963 - 49 N° 7 . 513-539 - 34 fig. (Bibliogr.)  
(résumé franç.)

6 - ROTH A. et FRICK P.

Tumeur de l'abdomen supérieur gauche  
Praxis 11 nov. 1965 - 54 . 1323-1326.

7 - TACHER J.

Contribution à l'étude des tumeurs de l'hypocondre gauche par la spléno-  
portographie-Thèse Paris 1956 - N° 615 - 48 pages.

8 - VIALLET P. - VIALLET P.P. - MICHEL J. - MALPUECH G. et LAPALUS B.

Hiérarchie et résultats des techniques radiologiques dans l'exploration  
des tumeurs de l'hypocondre gauche chez l'enfant.  
Ann. Radiol. 1968 - II . N° 11-12 . 929 .



= B =

1 - APOLLONIO T.

Gli. adenomi del fegato nell'infanzia. Contributo clinico  
Clin. Pediatr. Ital. 44 (8) - 501-513 (1962)

2 - BEECKMAN P. - KUNNEN M.

Hépatome à symptomatologie inhabituelle  
J. Belge Radiol. 51 (5) Ip. h. t. 3 pl. h. t. (1968)

3 - BENNET J. - BIGOT R.

L'artériographie dans les tumeurs primitives de foie  
Sem. Hop. ANN. Radiolo. Fv. (1968 II - N° II-12 - 837 - 45

4 - CORRIN B.

Cystadenoma of the liver  
J. Pathol. Bacteriol. G.B. 84 (2) 441-443 - (1962)

5 - CRISMER R. - DREZE C. - NAOME J.

Hépatome nodulaire à marche lente chez une fillette de 12 ans  
Arch. Mal. Appar. Digets. Mal. Nutrit. 52 - (12) 1263-1266 (1963)

6 - ELIAS H.

Sviluppo e diffusione del carcinoma primario del fegato (epatoma)  
Atti. Accad. med. Lombarda 16 (4) 547-549 - (1961) (paru 1962)

7 - ORGEL L. - ROLLAND L. - FEIGNOUX G.

Contribution à l'étude de la systématisation des lésions dans l'hépatome  
malin sans cirrhose  
C.R. Soc. Biol. FR 157 (2) - 243 - 246 - (1963)

8 - OSTROVERKHAN G.E. - NIKOL'SHIJ A.D.

Chimiothérapie par perfusion intraportale continue par la veine  
ombilicale dans les tumeurs malignes du foie.  
Vopr. Onkol SS SR (1968) 14 n° 5-26-34-bibl. (19 ref.) Res. angl.

9 - SANKALE M. - DIOP B. - QUERIUM C. - ANCELLE J.P. - FRAMENT V.

Quatre cas typiques de carcinome primitif du foie.  
Seam. Hop. Fv (1969) 45 N° 5. 300-8 - Bibl. (12 rf).

10 - WILLS E.J.

Finestructure and surface adenosinetriphosphatase activity of a  
human hepatoma  
Cancer USA - 22 (5) - 1046 - 1052 (1968)



= C =

1 - ALLANEAU C. - PLAINFOSSE B. - SERINGE P.

Kyste hydatique de la rate sans traduction biologique . Etudes  
sérologiques - Scintigraphie - Opération - Guérison  
Sem. Hop. Paris . ANN Pédiat. 45 (49/12) 3096/P 740-3103/P 747 (1969)

2 - BERT J.M. - VERNHET J. - BALMES J.L. - DAVONZE R.

Kyste non parasitaire de la rate - Une observation  
Arch. Fr. Mal. App. digest. (1968) - 57 - N° 4.5 - 512/3 -

3 - BELL R.P. -

Kystes de la rate; compte rendu de cas d'un large kyste de développement  
rapide.  
Ann. Chirurg. juin 1953 - 137 - (781-786)

4 - ELLIS H.

Kyste de la rate découvert par splénographie  
Bri. J. Radiol. Juin 1958 - 31 - N° 366 - (331-332)

5 - FOWLER R.H.

Collective review - hydratid cysts of spleen  
Inst . Abstr . Surg . 96 - 105-116 (1953)

6 - GELIN G.

La rate et ses maladies  
Masson Edit. PARIS 1954

7 - GOIGNARD P. - PEGOLLO J. - PELISSIER

Le kyste hydatique  
Masson Edit. PARIS 1960

8 - JEVTIC Z. - PETIT J. - RUPNIK N. - TRNINIC B.

Le kyste hydatique de la rate  
Ann. méd. Nancy I I I - 1137-1142 (1964)

9 - LEGRE J. - CLEMENT J.P. - GUIEN C. - PIETRI H.

L'angiographie sélective du tronc coeliaque et de l'artère mésentérique  
supérieure dans le diagnostic du kyste hydatique du foie et de la rate  
J. Radio. Electrol. 48 - 10 (1967)



= C =

10 - QURESHI M.A. and HAFNER C.D.

Les manifestations cliniques des kystes de la rate.  
Ann. Surg. Sept. 1965 - 31 - (605-608)

11 - VOLPE J.A. and DENARDO G.L.

Le diagnostic préopératoire des kystes de la rate par Scintigraphie  
AM . J. - Roentgénol - Août 1965 - 94 N° 4 - 839-843

oOo



- 1 - ABOULKER P. - ROUJEAU J. - NEBUT M. Mme.

Mésenchymome rétro-péritonéal  
Sem. Hop. Arch. Anat. pathol. II (4) 257-259 - (L963 paru 1964)

- 2 - CABANNE F.

Les mésenchymomes. essai de mise au point anatomoclinique  
ANN. Anat. pathol. Fr. 13 (1) . 21-42 (1968)

- 3 - CLATWORTHY H.W. JR - BOLES E.T. Jr - KOTTMEIER P.K.

Liver tumors un infancy and childhood  
Ann. Surg. USA 154 (3) - 475-484 - (1961)

- 4 - FONCK - CUSSAC - PASSEMARD (N) - CHEMINAT J.C. - KNOPFFLER F.

Mésenchymome malin sous cutané avec métastase pulmonaire  
Clermont méd. (1968) 16 - N° 71 - 53-6 - Bibli (6 réf)

- 5 - GLATZL J.

Primäre Lebergewachese im Kindesalter . Bericht über ein malignes  
Mésenchymom  
Frankfurt Z Pathol. 71 (1) - 14 - 32 (1961)

- 6 - LE BER M.S. - STOUT A.P.

Benign mesenchymomas in children . 39 references  
Cancer USA - 15 (3) 598-605 (1962)

- 7 - NASH A. - STOUT A.P.

Malignant mesenchymomas un children  
Cancer USA . 14 (3) - 524-533 - (1961)

- 8 - PIEGAJA D.

Constitution histologique de ces tumeurs et considérations  
embryologiques et histogénétiques s'y rapportant  
Arch. Ital. Anat. Istol. Patol. 37 (2) 132-147 (1963)

- 9 - SALMON M. - LAVAURS G. - BERGOIN M. - DERLON S. - GROUBIER P. - PAYAN M.

Mésenchymome du creux proplité  
Mém. Acad. Chir. Fr. (1968) 94 - N° 29 - 868-876 - Bibli. (17 réf)

- 10 - SMITH A.M. - BECKER J.A.

Malignant mesenchymoma of the retroperitoneum  
Amé. I. Roentgenol Radium Therapy nucl. Med. 104 (2) 389-393 (1968)



- 1 - ADLOFF M. - KOHLER J.J. - ~~1968~~ 1968  
Les pseudokystes du pancréas - Analyse de 41 observations de déductions thérapeutiques.  
Ann. Chir. FR. (1968) 22 - N° 23-24-1357-67
- 2 - AROWSON A.R. - DAVIS D.A.  
Obstruction near hepatic flexure and pancreatitis - A rarely reported sign  
J. AMER Med. Ass. 1961 - 176 . 451 - 452
- 3 - BELKAID A.  
Le retentissement colique des pancréatites.  
Thèse 1964 Paris.
- 4 - BERNE TH. V. - EDMONSON H.A.  
Colonie fistulization due to pancreatitis  
Am J. SURG 1966 - III - 359 - 353
- 5 - CUIILLERET J. - MICHEL A. - CARRON J.J. - CAMPO - PAYSAN A. - SPAY G.  
Les formations pseudo-kystiques du pancréas - A propos de 50 cas  
Ann. Chirur. Fr. 22 (15-18) 1011 - 1028 (1968)
- 6 - DEBRAY C. - HARDOUIN J.P. - LEYMARIOS J. - GOVIN B. - MODIGLIANI R. - MARCHE C.  
Mme  
Pancrétite subaiguë et chronique - ascite massive et cystostéatonécrose sous cutanée - Deux observations - Revue de la littérature.  
Sem. Hop. Fr. 45 (13) 827-839 ( 1969)
- 7 - DUBOIS F. - TESTART J. - RICHARD C.A. - MAILLARD J.N.  
Trois cas de sténose de l'angle colique gauche par faux kyste du pancréas.  
Ann. de Chir. N° 15-16-17-18 Août/Septembre 1966 - PP 978-983 - Bibl.
- 8 - FORLINI E.  
Stenosi del colon da pancreatite  
Cli. Méd. 1927 - 8 - 609-620
- 9 - KUNTZEN H.  
Entstehung, Klinik und Behandlung der Pankréascysten  
Internist. Dtsch. 2 (7) 356-361 (1961)
- 10 - LEGER L. GUYET P.  
Lésion kystique et pseudo-kystique du pancréas  
Presse Med. 66 - 1875-1878 (1958)



11 - LENGGENHAGER K.

Etiologie et traitement des gros pseudo-kystes du pancréas  
Helv Chir. Act (1969) - 36 - N° 1-2-59-66 Bibli. (2 réf.)

12 - LEYMARIOS J.

Les manifestations non digestives des pancratites.  
Conc. Méd. Fr (1968) 90 - N° 47 - 1921/2 - 7915/8 - 7933/4 - Bibli. (2 réf)

13 - MILN D.C. - BARCLAY T.C.

Acute colonic obstruction due to pancreatitis  
Lancet 1952 - 253 - 168 - 169

14 - PEYCELON R. - DELORE X. - JEGOU Y. - PORTA J.P. - THOULON J.M.

Cancer du pancras à forme occlusive et hémorragique  
Lyon Chir., 1965 - 61 - 404 - 406

15 - PRICE W.

The colon "cut off" sign in acute pancreatitis  
Med. J Australia 1956 - 43-313-314

16 - HEMINGTON J.M. - MAYO C.W. - DOCKERTY M.B.

Stenosis of colon secondary to chronic pancreatitis  
Staff. Mayo Clinic, 1947 - 22 - 260-264

17 - RIVES J. - LARDENNOIS B.

A propos du drainage externe en chirurgie pancratique  
Presse Med. Fr (1961) 77 - N° 13 - 483/4

18 - ROSATO F.E. - MACKIE J.A.

Pancreatic cysts and pseudo-cysts. A study of 15 years hospital experience.  
Arc. Surg 86 (4) 551 - 556 (1963)

19 - ROSE T.

Acute necrosis of pancreas (acute hemorrhagic pancreatitis) causing and  
presenting as acute colonic obstruction  
Med. J. Australia 1953 - 40-147



- 20 - SARLES H. - MARTIN M. - CAMATTE R. - SARLES J.C.

Le démemberment des pancrétites, les pseudo-kystes des pancréatites  
aiguës et des pancréatites chroniques.  
Presse Med 71 (5) 237-240 (1963)

- 21 - SCHWARTZ S. - NADELHAFT J.

Simulation of colonie obstruction at the splenic flexure by  
pancreatitis Roentgen features.  
Amér. J. Roentg. 1957 - 78-607

- 22 - SILVA J.L. D' - KEARNS J.E.

Pseudocyst of the pancreas with a bleeding peptic ulcer.  
West. J. Surg. Obstetr. Gynecol. USA 70 (4) 172-174 (1962)

- 23 - SYBERS H.D. - SHELP W.D. - MORRISSEY J.F.

Pseudocysts of the pancreas with fistulous extension into the neck.  
10 references.  
New Engl. J. Méd 278 (19) 1058-1059 (1968)

- 24 - VARRIALE P. - BONNANO C.A. - GRACE W.J.

Portal hypertension secondary to pancreatic pseudocysts.  
Arc. Intern. Medi. USA - 112 (2) 191-198 (1963)



- 1 - CAPDEVILLE R. - BENNET J. - AVIVEN M. - TOULET J. - ROUSSELET J.  
Contribution de l'artériographie au diagnostic d'un schwannome, ulcère du jéjunum  
Sem. Hop. ANN Radiol Fr (1969) 12 n° 1-2 - 127-130 (Biblio 6 réf)
- 2 - CHERIGIE E. - FOUCQUIER E. - RODIER P. - DE COULLIBOEUF J.  
Radiocinematographie digestive  
Les schwannomes du grêle. A propos d'une observation de schwannome isolé du jéjunum  
Arc. Mal. Appar. Digest. Mal. Nutrit. 51 (9) - 1046-1049 ( 1962)
- 3 - DUBOURG G. - FONTAN F. - GOURDON A.  
Hémorragie digestive massive par schwannome pseudodiverticulaire du duodénum  
Arc. Mal. Appar. Digest Mal. Nutrit. FR. 52 (5) - 551-556 (1963)
- 4 - GADRAT J. - GRIMOUD M. - MONNIER J. - RIBE T.A. - IZARD J.  
Hémorragies digestives récidivantes depuis plus de 40 ans par schwannome multiples de l'intestin grêle.  
Arch. Mal. Appar. Digest Avr. 1962 - 51 - N° 4 (404-406)
- 5 - MALYJ B.K. - DIKHTENKO G.I.  
Hémorragie mortelle provoquée par un neurinome de l'intestin grêle  
Klin. Khir USSR (1968) N° 3 - 71/2 (Biblio 9 réf)
- 6 - POPESCO-URLUENI M.  
A propos des chirurgies de l'intestin grêle  
Arch. Chirur. Mal. Appar. Digest. Oct 1962 - 51 N° 10 (1120-1131)
- 7 - POULAT R. et GRANDMOTTET P.  
Hémorragie intra-péritonéale par rupture d'un schwannome dégénéré de l'iléon, résection, guérison  
Arc Mal. Appar. Digest. Avril 1953 - 52 ( N° 4 - 359-361)
- 8 - VAN DER HOEDEN R. - ADAM J. - ANSAY J. - VAN DOORNICK R.  
Schwannome cancérisé du bulbe duodénal  
Acta Gastro-entérial . Bleg. 23 (3) 251-267 (1960)



- 1 - ADLERMAN E.J. - HEALY M.J. - PELLEGRINO P.C. - ROTHBARD B.L.

Primary retroperitoneal leiomyosarcoma  
New York State J. Med. 63 (II) 1709-1714 (1963)

- 2 - BALOCH F.

275 cas de tumeurs rétropéritonéales traitées en 17 ans  
Acta Chir. Acad SCI Hungar 2 (3) - 249-275 (1961)

- 3 - BELTZ L.

Tumeurs primitives ou secondaires : 13 références  
Radiol. Austr. 18 (3) 227 - 232 (1968)

- 4 - BETOURNE C. - GODEAU P. - GARNIER H. - ANTEBI L. - DELAUNAY F. - SIGUIER F.

Polyglobulie et tumeur rétro-péritonéale. Guérison de la polyglobulie après exérèse de cette tumeur bénigne; de structure endocrinienne histologiquement inclassable.  
Bull. Mem. Soc Med. Hop. Paris 76 (32-33) 1277-1281 (1960)

- 5 - BHANDARI R. - DEBLEED G. - DEVLE SAVER P. - GREGOIR W.

Les maladies du tissu rétropéritonéal et leurs incidences urétérales  
Acta urol. Belg. 36 (4) 441-448 (1968)

- 6 - BONACCORSI R. - ANGILELLO A. - SANTAGATI V.

Origines, classification et limites topographiques des tumeurs rétropéritonéales.  
Minerva Chir. Ital. 23 (18) 995-1004 (1968)

- 7 - CAROLI J. - HEPP J. - PHOCAS E. - BEAUCHANT J.

Tératome (kyste dermoïde) rétropéritonéal perforé dans le canal hépatique gauche et dans l'estomac.  
Sem. Hop. n° spécial Fr 39 (6) 1499 - 1508 - (1963)

- 8 - DROST E.

Apparition progressive d'une tumeur rétropéritonéale chez un homme de 54 ans, entraînant des troubles de compression et des douleurs suivies d'une exérèse.  
Zbl. Chir. Dtsch. 93 (18) 660-662 (1968)

- 9 - ENGEL R.M. - ELKINS R.C. - FLETCHER B.D.

Retroperitoneal teratoma. Review of the litterature and presentation of an unusual case.  
Cancer USA 22 (5) 1068-1073 (1968)



- 10 - GARFIELD C.R. - BELCHER H.V. - SHUTTLEWORTH I.S.

Fibrous mesothelioma with hypoglycemic psychosis and coma  
J. Amér. Med. Ass; 181 (5) 380 - 385 (1962)

- 11 - GRIFFEN W.P. Jr - JENSON C.B. - ARMELGER S.W. - WANGENSTEEN O.H.

Treatment of malignant retroperitoneal sarcomas with use of the  
second-look approach  
Surgery. USA 50 (3) 458-463 (1963)

- 12 - HASTINGS N. - POLLOCK W.F. - SNYDER W. Jr.

Retroperitoneal tumors in infants and children. 194 références  
Arc. Surg. USA 82 (6) (950 - 973 ) (1961)

- 13 - HERMAN J.P.

Tumeurs rétropéritonéales primitives  
Bri. Surg janvier 1953 - 40 - N° 162 331-339

- 14 - JOHNSON A.H. - SEARLS H.H. - GRIMES O.F.

Les tumeurs rétropéritonéales primaires  
Amer. J. Surg. Juillet 1954 - 88 - N° 1 -155-161 (bibliogr)

- 15 - MALLORY A. - SPINK W.W.

Angiomatous lymphoid hamartoma in the retroperitoneum : presenting  
with neurologic sign in the legs.  
Ann. intern. Méd. USA 69 (2) 305-308 (1968)

- 16 - MELICOW M.M.

Tumeurs rétropéritonéales primaires. Une analyse clinico-pathologique  
de 162 cas -Revue de la littérature et tables de classification.  
I.Interna. Coll. Surgeons Av 1953-19 N° 4 - 401/449

- 17 - NOGUES A.E. - GUIXA H.L. - OTTURI J.E.

Tumeurs rétropéritonéales.  
Pensa med. Argent. 12 oct 1951 - 38 N° 41 . 2648-2652 (Biblio)

- 18 - O.V.NATANJAN K.T. - MUKHIN I.V. - KORCHAK N.F.

Radiographie contrastée de la veine cave inférieure dans les tumeurs  
des reins et de l'espace rétropéritonéale.  
Khirurgija SSSR 44 (6) 110-115 (1968)



19 - PACK G.T. - TABAH E.J.

Les tumeurs primitives rétropéritonéales.  
Surf.Gyn. Obst. (Internat. Abstr. Surg.) sept. 1954 - 99 n° 3  
209-231 et oct. 1954 - 99 n° 4 - 313-341.

20 - PETTINARI V.

Tumeurs primitives de l'espace rétropéritonéal  
Policlinico (sez part) 12 décem. 1955 - 62 n° 50 . 1712-1715

21 - PEYCELON R. - MAYER M. - CHEVALIER J.

Tumeurs abdominales rétropéritonéales  
Lyon Chir. Août/Septembre 1951 - 46 N° 6 - 744-745

22 - RABINOVITCH J. - TRINIDAD S. - PINES B. - MORAES R.V. - GRAYZEL D.

Les tumeurs rétropéritonéales  
Arc. Surg. Oct. 1952 - 65 - N° 4 - 641-652 - (bibliogr)

23 - ROGNON L.M.

Un cas de tumeur rétropéritonéale  
J. Urologie 1954. 60. N° 3-4 - 253-255

24 - TIDRICK R.T. et GOLDSTEIN M.B.

Le traitement chirurgical des tumeurs rétropéritonéales  
Arch. Srg. Févr. 1955 - 70 - N° 2 - 203 - 206 (Biblio)

25 - TUCKER W.R. - RYAN W.G. - MARTIN B.F. - SCHWARTZ T.B.

Studies in a patient with retroperitoneal sarcoma associated with  
severe hypoglycemia  
Ann. New York Acad. Sci. 150 (2) 395 - 405 (1968)

26 - WARTER J. - STORCK D. - PHILIPPE E. - SIMLER M. - JAPY C. - PAULI G.

Symptomalogie vasculaire d'un hémangiopéricytome rétropéritonéal  
Sa signification et son intérêt diagnostique.  
Sem. Hop. Fr. 45 (7) 429-435 (1969)

27 - WEISS K.

Contribution avec compte rendu de cas aux tumeurs rétropéritonéales.  
Zbl. Chir. 1954 - 79 - N° 1 22-29 (biblio).

28 - WELTI H. - ECOIFFIER et HELIE J.

Intérêt du rétro-pneumopéritoine combiné à l'urographie intraveineuse  
dans le diagnostic d'une tumeur pararénale.  
Mém. Acad. Chir. décembre 1952 -78-N° 33 - 34 - 959-965 (Biblio)

29 - WIRBATZ W. - OHMSTEDE B.E. - GUMMEL H. - MATTHES T.

Diagnostik, Therapie und Prognose der retroperitoneal-tumoren 246 références  
Arc. (Langenbecks) Kli. Chir. Dtsch. 302 (6) 827-856 (1963)



## TABLE DES MATIERES

---

|                                                                           | PAGES |
|---------------------------------------------------------------------------|-------|
| - INTRODUCTION                                                            |       |
| - OBSERVATION N° 1 : Abscès du lobe gauche du foie                        | • 2   |
| Discussion                                                                | • 7   |
| - OBSERVATION N° 2 : Hépatome du lobe gauche du foie                      | • 9   |
| Discussion                                                                | • 14  |
| - OBSERVATION N° 3 : Iléite ulcéreuse                                     | • 16  |
| Discussion                                                                | • 20  |
| - OBSERVATION N° 4 : Schwannome de l'intestin grêle                       | • 22  |
| Discussion                                                                | • 26  |
| - OBSERVATION N° 5 : Pseudo-kyste du pancréas                             | • 28  |
| Discussion                                                                | • 33  |
| - OBSERVATION N° 6 : Pseudo-kyste du pancréas                             | • 34  |
| Discussion                                                                | • 38  |
| - OBSERVATION N° 7 : Kyste de la rate                                     | • 40  |
| Discussion                                                                | • 45  |
| - OBSERVATION N° 8 : Tumeur primitive du pôle inférieur<br>du rein gauche | 48    |
| Discussion                                                                | • 52  |
| - OBSERVATION N° 9 : Mésoenchymome                                        | • 53  |
| Discussion                                                                | • 57  |
| - OBSERVATION N° 10 : Tumeur calcifiée rétro-pancréatique                 | • 59  |
| Discussion                                                                | • 64  |
| - CONCLUSIONS                                                             | • 66  |
| - ABREVIATIONS UTILISEES                                                  |       |
| - BIBLIOGRAPHIE                                                           |       |





